

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 44

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ZETTEL Francis

né le 14 Juin 1932 à Mulhouse (Haut-Rhin)

Contribution à l'étude des comportements
médico-légaux chez les malades mentaux:

A propos d'un cas de meurtre suivi de mutilations;
considérations sur l'agressivité mutilante auto et hétérogènes.

Président : M. A. J. CHAUMONT, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 44

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ZETTEL Francis

né le 14 Juin 1932 à Mulhouse (Haut-Rhin)

**Contribution à l'étude des comportements
médico-légaux chez les malades mentaux:**

**A propos d'un cas de meurtre suivi de mutilations;
considérations sur l'agressivité mutilante auto et hétérogènes.**

Président: M. A. J. CHAUMONT, Professeur.

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	FONTAINE René
	CALLOT Jacques
Assesseur	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM. ARON Claude	Histologie
BASSET René	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie et Pathologie Tropicale
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale 1
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale.
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
DORNER Marc	Clinique Médicale B
ISCH François	Clinique Neurologique
KIRN André	Hygiène
JAHN Henri	Clinique Médicale B
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique 2 (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)
KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
MM. PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture.

PROFESSEUR ASSOCIE

M. PHILIPPIDES Demètre

Clinique Neurologique.

A G R E G E S

MM. CHAMPY Maxime

Stomatologie

FRANK Robert

Stomatologie

KLOTZ Gilbert

O.R.L.

MEHL Jacques

Médecine Légale.

AGREGES LIBRES

MM. BEYER Paul

MM. KUHLMANN Daniel

FORSTER Emile

KUNTZMANN Jean

HOLLENDER Louis

MULLER Jean-Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE, SINGER, TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARON Max

MM. ROHMER Paul

BURGER Paul

SCHMID Frédéric

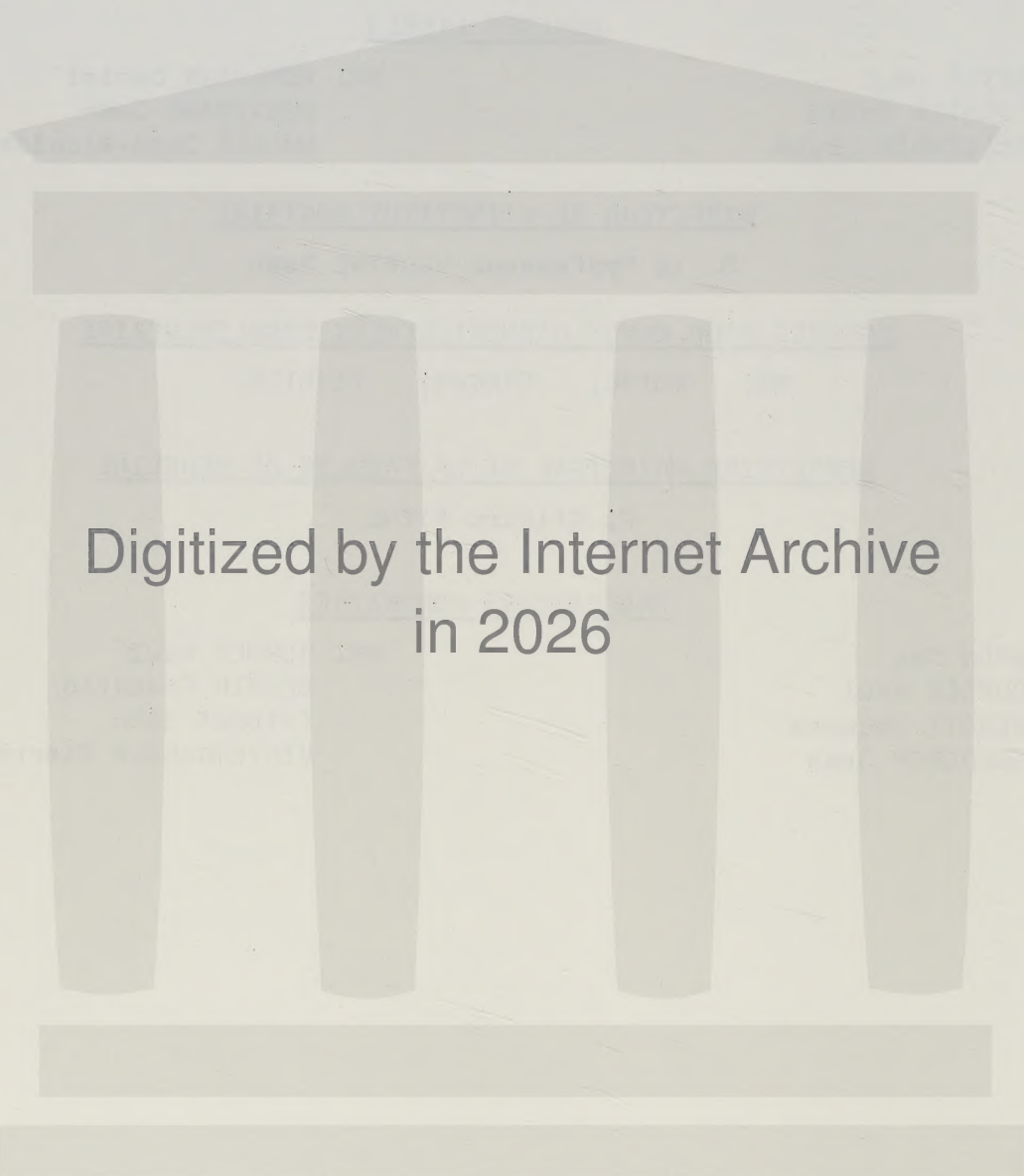
BENOIT Jacques

THIODET Jean

ROEDERER Jean

VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les imputer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553615_0030

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine . Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

En témoignage de mon affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A.J.CHAUMONT

DIRECTEUR DE L'INSTITUT
DE MEDECINE LEGALE ET DE MEDECINE SOCIALE
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

MEDECIN EXPERT NATIONAL

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence du Jury de notre Thèse.

Qui, après avoir su éveiller notre curiosité
pour la Médecine Légale, a inspiré ce travail
réalisé dans son Institut.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre gratitude pour son aide bienveillante
et l'extrême amabilité qu'il nous a témoignées.

En hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P.MULLER

PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
A LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG
CHEF DE SERVICE DE LA MATERNITE

DIRECTEUR DE L'ECOLE DES SAGES-FEMMES.

Au cours de nos études nous avons pu apprécier
son enseignement, sa compréhension du malade
et sa grande générosité.

Il nous a toujours témoigné beaucoup de
bienveillance.

Qu'il nous permette de lui exprimer nos
sentiments de reconnaissance et l'assurance
de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F.MARCOUX
MEDECIN INSPECTEUR REGIONAL
DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

Nous tenons à lui exprimer notre respectueuse
gratitude pour sa contribution et l'intérêt
qu'il a porté à notre travail.

Nous avons toujours suivi avec plaisir et
intérêt ses conférences de Médecine du Travail.

Qu'il y reconnaisse l'assurance de notre
profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J.MEHL

Qui, par son enseignement éclairé, a su nous
communiquer son enthousiasme pour la Médecine
du Travail.

Sa clarté d'esprit et ses connaissances éclectiques
nous ont été d'un précieux secours pour la conception
de ce travail.

Il nous a toujours honoré de sa confiance et entouré
de ses conseils judicieux.

Qu'il nous permette de lui exprimer nos sentiments
de reconnaissance et l'assurance de notre profond
respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KIELHOLZ
PROFESSEUR A LA FACULTE DE MEDECINE DE BÂLE
DIRECTEUR DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE PSYCHIATRIQUE DE BÂLE

En hommage très respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SINGER
MEDECIN DES HÔPITAUX

En remerciement pour la grande bienveillance
qu'il nous a témoignée et les conseils qu'il
nous a prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.LANTER

MEDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

A qui je dois l'orientation psychiatrique
de ma vocation médicale.

Dans son Service, nous avons pu apprécier
quotidiennement la qualité de son enseignement,
sa compréhension et son approche du malade.

En témoignage de mon reconnaissant et fidèle
attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANGE

MEDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Qui guida nos premiers pas à l'hôpital de
Rouffach.

A qui je dois une année d'internat particu-
lièrement fructueuse.

En témoignage de ma vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.PERRIN

MEDECIN DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

En témoignage d'amitié.

A NOS MAITRES

DE L'ECOLE DE MEDECINE DE BESANÇON
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COMPORTEMENTS MEDICO-LEGAUX
CHEZ LES MALADES MENTAUX

A PROPOS D'UN CAS DE MEURTRE SUIVI DE MUTILATIONS
CONSIDERATIONS SUR L'AGRESSIVITE MUTILANTE AUTO- ET HETEROGENES

I N T R O D U C T I O N

Au début du siècle, le progrès en criminologie consistait encore à étudier le criminel à la lumière de la pathologie générale et de l'anthropologie morphologique ; on se soucie davantage de nos jours d'étudier par une approche multidimensionnelle la constitution organopsychique, le niveau de différenciation intellectuel et l'équilibre des tendances affectives de l'homme malade.

Des ouvrages récents s'étendent longuement sur le développement ontogénétique de l'affectivité et les déséquilibres et déviations des tendances instinctives qui en résultent, et cela en faisant une large place aux théories psychanalytiques.

Si l'on considère dans son ensemble, les diverses formes d'inaadaptation à la vie sociale, et plus loin, les névroses et les états psychopathiques qui nous mettent en face de maladies graves, il devient plus aisé d'envisager le déterminisme et les formes de nombreux délits et de saisir la causalité complexe du comportement humain dans ses manifestations antisociales et criminelles. Dès lors, il devient aussi plus évident que l'action criminelle puise une part importante de sa force vive dans les profondeurs ténébreuses de la pathologie mentale. Il n'est d'ailleurs plus nécessaire de souligner aujourd'hui la variété et le nombre de délits et de conduites criminelles remontant à une étiologie psychique ou organopsychique.

A partir de telles données, d'éminents esprits - et nous citerons ici le Professeur E. DE GREEFF - forts d'une expérience particulièrement rich

se sont attachés à perfectionner une clinique criminologique, par une analyse psychologique du criminel. Leurs descriptions de cas et d'analyses cliniques les conduisent à mettre en lumière les motivations de l'acte criminel par l'étude individualisée de la personnalité et la connaissance concrète de l'homme criminel en situation.

C'est dans cette optique compréhensive de l'expertise criminologique, que HESNARD (Psychologie du crime), à la lueur des apports phénoménologiques et psychanalytiques, s'est efforcé de pénétrer le sens de l'acte et le sens de la mentalité morbide qui l'a préparé.

Mais si les aspects psychologiques de la criminalité sont intéressants à connaître, les exigences pratiques de l'expertise médico-légale sont d'un autre ordre. En effet, le médecin légiste, qu'il soit médecin des morts chargé de l'autopsie, ou qu'il soit médecin expert, sera appelé à éclairer le tribunal ou les organismes administratifs sur un point précis de technique médicale.

Rappelons en particulier avec le Professeur C.SIMONIN l'importance de l'étude de la blessure en médecine légale ; "elle représente une trace objective, actuelle, d'un fait judiciaire passé qu'il s'agit d'établir et de reconstituer. Sur cette trace prendront appui une inculpation et une condamnation. C'est pourquoi, l'étude médico-légale des plaies pose de graves problèmes - surtout d'ordre étiologique - se rapportant à la recherche de leur cause, de leurs conséquences et des circonstances qui les ont déterminées". (Médecine Légale Judiciaire, p. 69).

Cette étude précise et détaillée des plaies reconnaît souvent, à la lueur des conclusions du rapport médico-légal, des empreintes ethniques, socio-familiales ou professionnelles par le choix de l'arme ou par la manière de tuer ; de même, la structure mentale morbide marque de son sceau les actes et les conduites pathologiques.

Nombre de faits d'observation sur les lieux du crime ou de constatations de blessures sur la victime peuvent être caractérisés par leur manque de logique et leur incohérence. L'observateur ne saisit pas facilement les rouages et le déroulement du processus en cause. N'y a-t-il alors pas lieu d'invoquer l'intervention d'une dialectique psychique particulière faite d'irréalité et d'irrationalité ? La signification que peut revêtir l'ensemble de ces constatations ne découle-t-elle pas de l'absurdité d'une croyance délirante par exemple ?

Ce travail sur les manifestations morbides de l'agressivité mutilante, a été inspiré par le souvenir d'un drame de la folie meurtrière survenu à Strasbourg, en 1964 ; c'est le caractère étrange et inhabituel des circonstances de découverte ainsi que l'expression symbolique des blessures mutilantes de la victime qui d'emblée conduisirent le Professeur CHAUMONT à mettre l'accent sur le mode irréal de cette conduite criminelle et à envisager l'hypothèse d'une incidence étiologique psychopathique.

Menée en ce sens par les autorités judiciaires, l'enquête devait conduire les jours suivants à la découverte dans un hôpital psychiatrique de la région, puis aux aveux, d'un jeune homme de 28 ans, dont le comportement répondait aux descriptions classiques de la schizophrénie dans sa forme hébéphrénique.

Cette observation étrange, non seulement rappelle les critères de dangerosité - la violence et l'impulsion - des réactions d'agressivité chez certains psychopathes, mais encore souligne l'importance des rapports de l'aliénation mentale avec les questions médico-judiciaires.

Sur le plan pratique, nous avons été éveillé à l'attention des difficultés de l'organisation et de la conduite de la procédure d'enquête criminelle. A ce propos, il est permis de se demander dans quelle mesure

le médecin légiste serait susceptible d'apporter, dans d'autres conditions, des éléments d'information d'ordre médico-légal propres à contribuer au dénouement du premier épisode de la problématique criminologique, à savoir à l'identification de l'auteur d'un crime ou d'un délit à motivation morbide.

Par ailleurs, cette démarche dans la criminalité morbide demandée au médecin légiste, n'est-elle pas susceptible d'aboutir, par la meilleure connaissance du déterminisme de certaines conduites psychopathologiques, sinon à des conclusions inébranlables de caractère scientifique, du moins à des présomptions dignes d'intérêt et utilisables dans le cadre de l'expertise médico-légale ?

La fréquence de la traduction dans les faits d'une expression symbolique à motivation souvent inconsciente ne traduit-elle pas aussi la constance et peut-être une certaine stéréotypie du phantasme morbide et de sa manière de s'investir dans la réalité des faits ?

D'autre part, la nature et la variété des "stigmates" criminels (largo sensu) de l'agressivité mutilante ne constituent-ils pas autant d'indices étiologiques à valeur indicative pour le diagnostic médico-légal ?

Il nous a semblé que la connaissance des caractéristiques habituelles des mutilations pratiquées par les malades mentaux - quelque soit l'intention prévalente : automutilatrice, suicidaire ou homicide - devrait contribuer à reconnaître cette origine psychopathologique.

C'est une contribution à cette connaissance que nous nous proposons d'apporter sous la forme de quelques exemples glânés dans le vaste inventaire des publications qui traitent de ces questions. La nature et les localisations particulières de mutilations, associées ou non à des lésions vitales (homicides

ou suicidéales), leurs formes médico-judiciaires inhabituelles ou paradoxales seront passées en revue tout au cours de l'exposé de ce travail.

Ces rappels de cas intéressants constitueront autant de points de référence dans les missions toujours délicates et graves que se voit confier le médecin légiste. L'objet de ce travail répond donc avant tout à la préoccupation de faire oeuvre utile dans le domaine pratique de l'expertise médico-judiciaire.

Dans cette perspective, nous diviserons notre exposé en quatre parties :

- Nous présenterons tout d'abord l'observation détaillée du meurtre exceptionnel perpétré par le garçon boucher schizophrène ainsi que les conclusions relatives à la description de ce cas.
- Dans un deuxième temps, nous évoquerons quelques modalités de l'expression médico-légale des automutilations en essayant de souligner au passage le déterminisme de ces conduites pathologiques.
- Dans une troisième partie, nous passerons en revue les diverses localisations corporelles, sur lesquelles se portent préférentiellement l'agressivité mutilante (auto- et hétérogène).
- Dans une quatrième partie, nous soulignerons très brièvement certaines difficultés du diagnostic médico-légal provenant du déterminisme particulier de certaines conduites psychopathologiques ou de formes médico-judiciaires inhabituelles.

CHAPITRE I

"L'essence des conduites criminelles à caractère symbolique réside dans le mode irréel de cette expression".

"L'acte agressif est une abolition magique de ce danger de l'existence de l'autre, une crise incantative, un geste rituel déraisonné de néantisation de l'Autre, de l'Autre qui empêche de vivre simplement parce qu'il vit lui : "Il faut que l'un de nous disparaisse". Et l'homicide résistant à la sollicitation suicidaire tue".

HESNARD - Psychologie du Crime.

UN MEURTRE EXCEPTIONNEL : DECAPITATION ET DEPEÇAGE D'UN NORD - AFRICAIN PAR UN GARÇON BOUCHER SCHIZOPHRENE

Par A.J.CHAUMONT, F. MARCOUX, P. BERNHEIM et A. SOMMER

Le 23 avril 1964, vers 15 h., un promeneur constatait sur la berge du Canal des remparts à Strasbourg, une mare de sang, avec des empreintes de pas, continuée par une véritable piste de gouttes de sang. Intrigué, il suit

ces traces qui mènent sous un pont et découvre à la lueur de son briquet, dans l'ombre d'une excavation pratiquée dans une culée, la tête atrocement mutilée d'un homme.

La police est alertée. Les pompiers sondent le lit du Canal et découvrent à trois mètres de la rive, sous un mètre cinquante d'eau stagnante, le corps décapité de la victime, un Algérien de 35 ans, qui depuis peu de temps venait d'être libéré de la maison d'arrêt de Strasbourg.

Les enquêteurs aboutissent rapidement à la conclusion que le crime est tout frais puisque deux ouvriers qui se trouvaient à 13 h. à une cinquantaine de mètres y ont pratiquement assisté: ils ont vu sous le pont deux hommes, dont l'un était habillé comme la victime avec un blouson de cuir noir, se querellant violemment, mais n'y ont pas prêté plus attention.

A U T O P S I E

A l'autopsie, il s'agit du cadavre d'un sujet nord-africain dont la tête a été complètement sectionnée (fig. 1). La peau du front et du visage a été également complètement sectionnée, et forme un masque (fig. 2).

Les vêtements sont intacts, la cravate nouée, le col de chemise boutonné, la braguette est entrouverte et la verge apparaît.

1) Examen de la tête. La tête a été sectionnée au niveau de la première vertèbre cervicale; la peau du visage a été entièrement enlevée à l'exception de la partie supérieure du front et du menton, ainsi que de la région maxillaire gauche. La section cutanée est nette, l'extrémité du lobule nasal a été sectionnée, en respectant la cloison. Les paupières ont complètement disparu et les globes oculaires apparaissent intacts au fond des orbites. La dentition est régulière et en excellent état. La pointe de la langue est serrée entre les arcades dentaires.

Sur le cuir chevelu, on constate la présence de trois plaies contuses à bords parcheminés et décollés.

Après section transversale du cuir chevelu, on constate que de larges ecchymoses doublent en profondeur ces trois plaies.

En outre, il existe sur la bosse occipitale gauche, un hématome profond qui ne se marque en surface par aucune plaie.

Après ouverture de la boîte crânienne, on constate une fracture du crâne siégeant au niveau de l'os frontal, irradiant à l'étage antérieur, au sphénoïde et se dirigeant jusqu'au chiasma optique ; il existe en outre une hémorragie cérébrale localisée sur la partie antérieure du lobe frontal gauche et mesurant environ 3 x 4 cm.

2) Cou : La section du cou a été pratiquée au-dessus du larynx. La coupe a été faite entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde : l'os hyoïde est intact, mais le cartilage thyroïde a ses cornes supérieures brisées des deux côtés ; il s'agit de fractures vitales, avec petites suffusions hémorragiques. On trouve en outre dans la région latéro-cervicale droite, une petite ecchymose profonde mesurant environ un demi centimètre sur 3mm.

La section cutanée semble avoir été faite en quatre mouvements ; il s'agit d'une plaie linéaire à bords nets, et non hémorragiques ; les gros vaisseaux du cou ont été sectionnés franchement ; la colonne vertébrale a été sectionnée entre la première et la deuxième vertèbre, toutefois on note des tentatives de sections en avant du corps de la 2^e vertèbre.

3) Membres supérieurs : à la face antérieure du poignet droit, on note une plaie transversale, linéaire, mesurant 6 cm de longueur ; à la face antérieure du poignet gauche, on constate une plaie identique mesurant 7 cm de longueur ; les tendons fléchisseurs ont été sectionnés (fig. 3). A la base du pouce, il existe une autre plaie linéaire, très profonde, mesurant 8 cm de longueur, avec section de tous les muscles adducteurs du pouce. Ces plaies ne semblent pas vitales.

4) Le tronc ne présente aucune trace de violence, aucune fracture.

5) Membres inférieurs : dans la région du tendon d'Achille, des deux côtés, on constate des plaies linéaires transversales, très profondes, mesurant chacune 8 cm de longueur ; les tendons de la face postérieure de la jambe ont été complètement sectionnés (fig. 4).

Après ouverture thoraco-abdominale, on note que le poumon droit pèse 570 g., le poumon gauche 430 g. ; ils sont fortement congestionnés et on constate dans la trachée et les bronches un liquide provenant d'une régurgitation alimentaire. L'estomac est complètement rempli d'aliments en voie de digestion. Les autres organes sont sans particularités.

D I S C U S S I O N

L'autopsie a permis de constater sur le cadavre de la victime de nombreuses blessures variées :

1) des plaies contuses sur le cuir chevelu et la boîte crânienne avec fracture du crâne et hémorragie méningée sous-jacente ; le traumatisme crânien paraît avoir été assez important pour entraîner la perte de connaissance immédiate ;

2) des lésions de l'appareil ostéo-cartilagineux laryngé correspondant à des violences faites sur la partie antérieure du cou ; violences **vitales** comme en témoignent les suffusions hémorragiques et les fractures vitales ;

3) des lésions d'asphyxie marquées par la cyanose des ongles, par l'état de congestion pulmonaire intense ; l'asphyxie a pu être provoquée par les manœuvres de strangulation manuelle, soit par la régurgitation importante avec aspiration intrabronchique de liquide alimentaire ;

4) des blessures mutilantes, à topographie systématisée : face, cou, poignets, chevilles ; il s'agit de blessures faites avec un instrument

très tranchant ; ces blessures n'ont pas les caractères des plaies vitales ; elles ont donc été faites après la mort de la victime.

La section du cou a été faite très haut, au niveau des premières vertèbres cervicales ; l'agresseur a dû d'ailleurs s'y reprendre à plusieurs fois avant de trouver l'intervalle cartilagineux entre deux vertèbres. Par contre, la section des parties molles a été faite en quelques mouvements de couteau. Il n'y a pas de plaie d'égorgeement. Les lésions au niveau du cou ne correspondent qu'à une décollation.

Les autres blessures aux poignets et aux chevilles ont abouti à la section complète des tendons des muscles fléchisseurs au niveau de ces articulations ; elles peuvent représenter le début d'une section complète des mains et des pieds.

Le scalp facial a été fait avec assez de dextérité, le couteau rasant les parties osseuses au plus près pour obtenir le décollement des muscles et des aponévroses. Il s'agit là d'une blessure médico-légalement tout à fait exceptionnelle.

Toutes ces lésions post-mortem de dépeçage avaient peut-être pour but de dissimuler l'identité de la victime et de faire disparaître plus commodément le cadavre. Toutefois, on peut également émettre une autre hypothèse, celle du crime d'un dément. On peut, par exemple, penser à l'automatisme délirant d'un garçon boucher ou d'un cuisinier, habitué professionnellement à manier les couteaux et à dépecer les animaux.

CONCLUSIONS DE L'AUTOPSIE

La mort de la victime a été provoquée par des traumatismes crâniens (au moins 4 coups violents) suivis d'une asphyxie par strangulation manuelle et régurgitation de liquide alimentaire dans les voies respiratoires. Le meurtre s'est accompagné de mutilations extrêmement importantes du cadavre

avec décapitation, scalp du visage, section presque complète des mains et des pieds.

Aucune plaie de défense n'a été trouvée sur le corps de la victime. Il y a donc lieu de penser que celle-ci a été totalement surprise par son agresseur.

--

La suite de l'enquête devait conduire à identifier quelques jours après le meurtrier en la personne de H., qui avait été admis le soir même du crime dans un hôpital psychiatrique de la région.

Son histoire mérite d'être rapportée.

H. est né en 1936 dans une famille de cultivateurs ; il a fréquenté l'école primaire de son village et a réussi le C.E.P. Après l'école, il est allé en apprentissage comme boucher. Il a fait son service militaire de 1956 à 1958, pour la plus grande partie en Algérie. Puis, il a repris son métier et a travaillé d'abord à Strasbourg puis à Forbach. Mais il devenait de plus en plus instable et en janvier 1964, il est parti brusquement à Paris et n'a plus eu de relations avec sa famille. Dans la capitale, il semble qu'il ait montré autant d'instabilité et le dernier de ses emplois (plongeur de restaurant) montre, pour un ouvrier qualifié, une certaine désocialisation. Il a remarqué "diverses manoeuvres malveillantes". Ainsi, il s'est trouvé enfermé un jour dans les toilettes par une porte "qui s'est fermée toute seule". Il est sûr que ce n'était pas le vent : c'était donc quelque chose d'intentionnel. Il a d'ailleurs entendu dans la maison à ce moment qu'on disait "maintenant ils le tiennent". Il a néanmoins réussi à ouvrir la porte mais il se sentait en danger. "On a essayé de le faire tomber dans une plonge. Une autre fois, on a répandu sur le sol de l'acide nitrique ou de la soude caustique pour qu'il tombe dedans : il a pris un

jet d'eau et a nettoyé ce produit". Depuis des mois, d'ailleurs, partout où il allait travailler - il changeait fréquemment de place - on le martyrisait. Les camarades de travail étaient "jaloux" : ils lui enduisaient son couteau de boucher de graisse d'auto, pour saboter son travail. Il se sentait surveillé spécialement par les Nord-Africains. "Ceux-là, il y en a partout et ils font ce qu'ils veulent".

C'est ce danger qui lui fait prendre la décision de quitter Paris et de rentrer en Alsace. Il prend le train de nuit. Il y avait beaucoup de militaires. Une jeune fille est entrée dans son compartiment et elle a dit une phrase énigmatique en le regardant. "Pour une fois qu'il y en a un". Elle avait une mallette avec quelque chose par dessus en forme de canne : "c'était peut-être pour me donner un coup de jus (il veut dire : l'électrifier). Inquiet, il s'est assis dans le couloir. A Saverne, des ouvriers sont montés dans le wagon : "cela m'a rassuré".

Après être débarqué à Strasbourg, il a pris un "demi" dans une brasserie de la Place de la Gare où il rencontre de jeunes conscrits. Ceux-ci ont immédiatement remarqué qu'il proférait des paroles incohérentes. "Il nous invitait à faire sauter les magasins qui refusaient de nous donner de l'argent". "Il voulait nous montrer comment on fabrique des explosifs avec des tubes de cadre de bicyclette ou des tubes de rouge à lèvres". "Il disait que toutes les personnes de plus de 60 ans devraient disparaître". "Il a sorti de sa valise trois couteaux dont un très grand. Il nous a demandé de lui amener une vache sous le pont en faisant des gestes comme s'il voulait l'égorger. Incessamment il parle de tuer les gens, y compris les Nord-Africains. "Si vous en avez un, jetez-le dans l'eau après l'avoir égorgé". "A Paris, il y a tous les jours des carnages dans le métro ; il faudrait tuer tous les Nord-Africains. Seuls ceux qui s'appellent Saïd sont braves". A l'un des conscrits, lui-même garçon boucher de profession, il a offert un couteau en lui disant "mets-le dans ta chemise et si jamais il y en a un qui t'attaque, tu lui coupes la gorge et tu le jettes dans l'eau sous les roseaux".

Il est allé ensuite au journal "Les Dernières Nouvelles" pour consulter le tableau des offres d'emploi. Il s'est présenté dans une charcuterie, où il n'y avait pas de travail. Alors il a été faire une petite promenade vers le canal. Il avait l'impression qu'il fallait qu'il tue quelqu'un, que tout le monde le connaissait, qu'on chuchotait derrière son dos.

La rencontre avec l'Algérien fut purement fortuite. Il la voit de la manière suivante : "J'ai remarqué deux Nord-Africains, l'un plus loin, qui faisait des signes pour m'attirer, l'autre plus près de moi. Il avait une veste noire. Il s'est approché en mettant la main dans sa poche. J'avais peur qu'il ait un "pétard". Cela devait être un "commando de choc". Je l'ai pris par la gorge, il a dit "pourquoi ? pourquoi ?". Je l'ai assommé (sans doute en lui frappant la tête contre le pilier du pont). Après, je l'ai fait "boire" dans l'eau. "Il ne respirait plus, mais il riait encore, donc cela devait être une feinte". Alors, il lui a coupé les "tendons" pour qu'il ne puisse lui échapper". Il lui a coupé la tête "pour voir si elle était en métal, car elle était dure" ... Après, il s'est changé car il avait les pantalons mouillés.

Dans l'après-midi, après le crime, en rentrant de Strasbourg au domicile de ses parents dans le village de N., H. a rencontré successivement deux personnes de sa connaissance qui ont aussitôt remarqué des symptômes de dérangement mental. Ainsi, l'une d'elles, qui l'a pris sur son tracteur a déclaré : "au cours de la conversation, j'ai immédiatement constaté que H. divaguait ... Son attitude m'a paru de plus en plus étrange et en cours de route je n'ai cessé de le surveiller. Il tenait des propos incohérents, parlant de cosaques, de Paris, de Mobilisation générale et d'autres sujets de ce genre. En cours de route, il a sorti de sa poche un objet que je n'ai pu définir. J'ai eu l'impression qu'il envisageait de m'attaquer et je lui ai demandé ce qu'il avait à la main. Il m'a répondu "c'est une pierre". "Je n'ai pas cessé de le surveiller et j'ai accéléré au possible pour en être débarrassé le plus vite".

H. arriva chez ses parents vers 18 heures. "En rentrant des champs, dit son père, j'étais étonné de le voir car rien ne laissait prévoir son retour. Il ne m'a pas salué et a immédiatement commencé à divaguer, parlant des S.S., de Paris, des F.F.I. sans que je puisse me faire une idée de ce qu'il voulait dire. Il a continué à tourner dans la maison en tenant des propos incohérents". Il répétait toujours "j'ai peur, je ne peux pas rester à Paris".

Quand les ambulanciers sont arrivés il leur a dit : "vous n'allez pas m'emmener et vous n'allez pas me tuer". Sur ce il prit la fuite, en slip. On réussit à le rattraper et finalement il se calma.

En cours de route, il tint des propos incohérents, disant "que la boucherie actuelle est du cannibalisme".

A l'arrivée à l'hôpital psychiatrique le jour du meurtre, à 23 h 30, on note un état dissociatif typique avec réponses à côté, troubles associatifs, idées délirantes incohérentes. "Ça va être le Wassermann ... Les femmes en ont beaucoup. Bientôt c'est le muguet". Le malade peut indiquer qu'il travaillait à Paris comme "charcutier et cuisinier" et qu'il y était allé "pour concilier dans son métier la tradition et le progrès". "Je me suis toujours prononcé pour la nourriture saine. Si l'on ne fait pas gaffe, les plantes vous bouffent, le boeuf aussi". "On ne peut avancer vite vers l'an 2000 et les années lumières".

Le lendemain, le malade est un peu moins dissocié, mais exprime alors une riche thématique délirante. Il pense avoir des ennemis, "pas vous, mais là-haut ils se glissent autour de mon lit". Il n'a pas entendu proférer de menaces, mais sent qu'on lui veut du mal. "Il y a des esprits au-dehors, pendant la nuit. Si l'on reste tranquille, tout va bien, si l'on s'énerve, on est foutu".

Il parle d'une bombe atomique qu'il a communiquée "à la République". Bar-le-Duc, Nancy et Sarrebourg ont été détruits par sa bombe. Il pense qu'on lancera une bombe atomique sur l'Alsace, parce qu'on veut lui renvoyer la bombe. Il indique également "Je veux me battre, devrait-il y avoir un mort tous les jours".

Il présente aussi des idées érotiques : "les femmes veulent toutes être enceintes. Sa soeur n'est pas mariée, mais veut un enfant. Elle amène des hommes à la maison. Pour l'un j'étais d'accord, je lui ai dit "mettez vos papiers sur la table et vous possédez ma soeur".

Sa dernière volonté est de ne pas être incinéré "parce que l'air est trop sec". Il préfère être enterré et qu'on verse cinq ou six seaux pour entretenir sa décomposition et que cela donne du terreau. Dans la salle où il est alité, l'air est trop sec, on meurt. "Il faudrait asperger le lit avec de l'eau".

Un peu plus tard, il raconte au personnel, parmi d'autres propos, qu'il a eu un "duel" avec un Algérien et qu'il l'a tué. Noyée dans la masse des idées délirantes, cette affirmation n'attire pas spécialement l'attention. Il dit aussi qu'on devait faire mourir tous les malades chroniques qu'il voit autour de lui, en leur faisant respirer des gaz.

Toutes ces extériorisations sont d'ailleurs données d'un ton assez neutre, sans anxiété particulière. On devine seulement de temps à autre une certaine tendance agressive, mais qui ne s'extériorise pas.

Identifié après quelques jours d'hospitalisation par les services de la police, il reçoit les enquêteurs sans émotion particulière et ne fait aucune difficulté particulière pour se reconnaître comme l'auteur du crime. L'indifférence affective à ce moment reste à peu près complète.

Quand l'un de nous examine le malade à la demande du juge d'instruction, le 4 mai, il était sous un traitement neuroleptique actif. Les signes dissociatifs étaient plus discrets qu'au début. Les idées délirantes étaient toujours manifestes, le ton affectif restait neutre, même au moment des évocations les plus dramatiques. Cependant, il disait "tout de même c'est un meurtre". "Je n'étais peut-être pas normal ce jour-là".

Le malade ne s'est pas montré suggestible à l'examen. Il n'a pas concédé, à la demande directe, d'hallucinations auditives. Celles-ci ont cependant certainement existé. Il n'y aurait pas eu de phénomènes d'influence.

L'examen général et l'examen neurologique étaient sans particularités, à l'exception des réflexes pupillaires un peu paresseux.

En présence d'un tel tableau clinique, on pouvait à la rigueur discuter le diagnostic de psychose polymorphe. Mais le recul de l'évolution, les éléments dissociatifs, l'absence de toute participation affective au délire - en dehors peut-être des poussées agressives - ont fait éliminer ce diagnostic. Le seul à retenir était celui de schizophrénie.

L'hypothèse de la simulation était exclue, étant donné les symptômes présentés à l'examen, le comportement et les dires du malade avant le crime, l'absence de toute motivation extérieurement explicable. Le meurtre s'incluait au contraire d'une façon caractéristique dans les thèmes délirants du malade, où parmi les nombreux éléments de persécution, d'idées politiques, érotiques, d'idées relatives aux éléments vitaux : l'air, la nourriture, etc. se trouvaient des idées ayant un caractère fantastique (bombes atomiques), des idées d'euthanasie et de meurtre dirigées plus spécialement sur les Algériens.

Le hasard de la rencontre d'un Algérien dans un endroit peu fréquenté et de ce malade dans une phase délirante intense ont conduit par une pure fatalité à ce meurtre si particulier et si impressionnant dans son exécution.

CONCLUSIONS GENERALES

Nous avons cru intéressant de présenter cette observation en raison non seulement de son caractère exceptionnel, mais aussi comme un exemple des possibilités médico-légales.

En effet, les recherches des enquêteurs s'orientaient au départ vers l'entourage de la victime, c'est-à-dire le milieu nord-africain. Les hypothèses d'un crime crapuleux ou d'un règlement de compte avaient été émises. Seul l'examen attentif des blessures lors de l'autopsie a permis de mettre en évidence les points suivants :

a) il n'existait pas de lésions d'égorgement comme on en voit dans les crimes de Nord-Africains - mais une véritable décollation ;

b) le dépeçage n'avait pas abouti à une dissimulation rationnelle et efficace du cadavre puisque la tête a été retrouvée par le premier promeneur venu et que le corps était immergé tout près de la berge ; il ne semblait donc pas avoir été pratiqué dans le but de "faire disparaître un cadavre désormais embarrassant" comme le disaient MM. Piédelièvre et Dérobert dans leur communication à cette société du 13 avril 1942 ;

c) les sections tendineuses aux poignets et aux pieds dénotaient une connaissance certaine de l'anatomie (de même la section de la colonne cervicale entre deux vertèbres). Le masque cutané facial prouvait d'autre part l'habileté à manier un couteau.

L'ensemble de ces constatations nous fit penser au moment de l'autopsie à une sorte de "crime gratuit", oeuvre d'un dément ayant l'habitude professionnelle de manier des couteaux et de dépecer les animaux : garçon boucher ou cuisinier.

C'est donc à la suite des conclusions médico-légales que les enquêteurs se sont dirigés vers les hôpitaux psychiatriques de la région strasbourgeoise et qu'ils ont retrouvé le meurtrier, au grand soulagement de l'opinion publique effrayée par ce crime spectaculaire.

CHAPITRE II

L'AUTOMUTILATION

SES MULTIPLES MANIFESTATIONS MEDICO - LEGALES

SES SIGNIFICATIONS

DIFFICULTES PRATIQUES, DANS CERTAINS CAS

DE FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE CONDUITE AUTO- ET HETERO-AGRESSIVES

Une des meilleures définitions de l'automutilation est encore celle donnée par LORTHOIS (82) : "L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps. Elle peut consister soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes, soit enfin dans les manoeuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement, sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort".

Hormis les mutilations à caractère magico-religieux, tel que l'amputation d'un doigt à l'occasion d'un deuil ou comme acte propitiatoire contre la maladie ou la mort, hormis les mutilations utilitaires (pour échapper au service militaire, par exemple), les automutilations relèvent d'un état psychopathique.

Comme le montra déjà BLONDEL (15), elles ne caractérisent aucune affection psychique déterminée et se rencontrent dans les états dépressifs, les délires mystiques, les démences, l'alcoolisme, l'épilepsie, l'arriération mentale et les perversions sexuelles.

A ce propos, nous ne pensons pas pouvoir faire mieux que d'évoquer ici les observations de Blondel, ainsi que celles des ouvrages traitant des

tentatives d'automutilation ou des amputations effectivement réalisées sur eux-mêmes par des malades "agissant" leurs phantasmes, à la phase ultime ou paroxystique de leur "personnalité réifiée".

Dès 1867, la thèse de L.GALAIS (45) traite des "Mutilations chez les aliénés, faisant état d'invraisemblables analgésies". En 1963, J.M.WETTA (128) a consacré une étude aux "Automutilations et états pathologiques provoqués", relatant entre autres, la saisissante observation de Marthe que nous allons brièvement rappeler.

Observation de Marthe

Après avoir simulé un diabète rénal, Marthe se fait hospitaliser quelques années plus tard pour ulcération oedémateuse douloureuse de la face externe de la jambe droite ; deux mois plus tard, apparaît une lésion ulcéreuse et nécrotique au niveau du front.

Malgré les soins actifs entrepris dans un service de dermatologie, aucune amélioration n'est constatée, bien au contraire, au niveau du sein gauche, on découvre lors d'une visite un vaste placard de 3 cm de diamètre, analogue à celui du front. Marthe l'avait soigneusement caché au médecin du service.

La supercherie découverte, les manoeuvres de la malade cessèrent, et des soins dermatologiques habituels amenèrent les plaies à la guérison sous forme de cicatrices indélébiles et disgracieuses.

Quatre mois plus tard, elle est à nouveau traitée pour six lésions ulcéreuses et nécrotiques de la région sternale.

Puis Marthe reprend son travail comme aide-soignante, mais attire l'attention par son comportement agressif ; les malades l'accusent de les faire volontairement souffrir au cours des injections intramusculaires et de manifester une joie sadique devant leurs réactions.

Mais la persévérance des tendances automutilatrices de cette malade ne s'arrêtèrent pas là. Elle fut par suite confiée aux soins d'un chirurgien pour un panaris du médius droit qui surprit par son évolution inhabituelle, mais guérit rapidement par un plâtre de contention, après que le médecin du travail eût informé de ses soupçons le chirurgien. Toutefois, dans la même année, il fut nécessaire de procéder à l'amputation des deux premières phalanges en raison d'une importante ostéite.

Au cours de cette période, elle doit à nouveau être hospitalisée pour une hépatite qui s'aggrave peu à peu ; le tableau clinique, après plusieurs mois d'évolution, se présente de la manière suivante : état d'anémie suraiguë consécutif à des hémorragies profuses, melaena, épistaxis, hématoméses, hématuries, hématomes spontanés sous-cutanés et intra-buccaux, et une altération profonde de l'état général avec amaigrissement important. Elle est alors hospitalisée d'urgence. L'examen hématologique découvre une absence complète de prothrombine et du complexe proconvertine-facteur Prover-Stuart et permet de conclure à une intoxication sévère par antivitamine K. La malade peut être sauvée par des transfusions de sang isogroupe et administration de vitamine K.

La gravité de cet épisode semble avoir marqué la malade qui, à la suite des sollicitations de son médecin traitant, passa aux aveux : elle avoua avoir provoqué sa dermite par l'application de formol, entretenu et aggravé son panaris, absorbé de la coumadine depuis de nombreuses semaines. Il convient encore de signaler qu'elle avait aussi eu l'idée d'absorber pendant un an de la thyroxine, à raison d'environ 1 mg par jour, ce qui n'avait pas manqué de provoquer un syndrome hyperthyroïdien typique.

Au cours de son séjour en sanatorium, motivé par un infiltrat tuberculeux des deux apex, vraisemblablement la conséquence des mauvais traitements que s'était infligés la malade, elle récidiva dans son intention autodestructrice, en provoquant à nouveau un panaris de l'auriculaire droit pour lequel l'amputation fut envisagée.

Le protocole du test de Rorschach permet de conclure à des "difficultés de contact vécues comme très anxiogènes à la fois redoutées et désirées, rendues plus nettes d'une part par la difficulté d'identification sexuelle et parentale, d'autre part, par des problèmes d'agressivité de type sado-masochiste, à un stade très infantile et archaïque ...".

WETTA souligne la personnalité dépressive et abandonnique de Marthe, qui exprime à plusieurs reprises des sentiments d'infériorité et d'incapacité. En passant en revue les différents symptômes et traits de caractère hystériques rencontrés chez la malade (mythomanie, mauvaise foi dans l'exposé de sa biographie avec amnésie sélective ...), il conclut à juste titre : "Ne reconnaître à l'automutilation que la signification d'un symptôme hystérique consisterait à le banaliser et à minimiser ses caractères de morbidité et de gravité". - "En se mutilant, Marthe semble guetter la défaillance de son organisme et éprouver une sorte de jouissance morbide dans sa propre destruction. Elle est à la fois l'auteur et le spectateur, la victime et le bourreau de sa propre déchéance".

LEMIERRE A. et AMEUILLE P. (76), ont publié un cas de granulie consécutive à l'injection intraveineuse volontaire d'une émulsion de bacilles de Koch.

MICHON R. et Mme MICHON P.R. (86) mentionnent une paralysie cubitale vraisemblablement provoquée.

Enfin, les lésions cutanées provoquées par l'application répétée de substances caustiques, et les phlegmons provoqués par injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, de pétrole ou d'essence de pétrole ou encore de produits septiques, s'observent avec une certaine fréquence et ont fait l'objet de nombreuses publications (119).

Du fait de la complexité des déterminismes psycho-pathologiques, les modalités d'automutilation à expression médico-légale revêtent des types étiologiques variés.

Comme le précise le professeur SIMONIN (117), certaines de ces mutilations sont "passagères, bénignes, mais suffisantes pour motiver l'interruption de travail et l'attribution jusqu'à la complète guérison, de l'indemnité journalière de maladie ou d'incapacité temporaire ... les autres laissent des séquelles anatomiques ou fonctionnelles définitives ; l'infirmité consécutive donne droit à la rente d'incapacité permanente".

D'autres fois - et nous évoquons ici l'auto-agressivité des grands aliénés - l'automutilation résulte habituellement d'une tentative de suicide inachevée ou maladroite. Il s'agit parfois d'une conduite élaborée s'inscrivant dans la thématique délirante : éviscération ou éviscération du mélancolique hypochondriaque ou encore l'énucléation du mélancolique culpabilisé rééditant le geste d'Oedipe ; la castration serait la forme la plus fréquente de l'automutilation schizophrénique (H. EY).

Enfin, qu'il s'agisse des états pathologiques provoqués et entretenus volontairement ou de l'aggravation volontaire de blessures chez l'accidenté du travail (Simulation et aggravation volontaire de blessures de l'oeil chez des accidentés du travail (Ann. M.L., 1905, p. 168), se pose le problème diagnostique de la simulation.

La question de la simulation soulève un important problème psychologique de base : celui de la sincérité et du mensonge, et "l'étude de l'état psychique du fraudeur médico-légal donne lieu à des controverses" (SIMONIN). On rencontre évidemment tous les degrés d'insincérité, depuis le pithiatisme de bonne foi jusqu'à l'imposture la plus cynique. En pratique, il semble que la simulation vraie soit rare, puisque dans son rapport présenté au LIII^o

Congrès des médecins aliénistes et neurologues à Nice (1955), DESHAIES signale sur 500 expertises : 1 % de simulations vraies et 3 % de sursimulations, c'est-à-dire de "majorations ou de déformations par la mauvaise foi d'une disposition pathologique réelle" (H.EY).

Parmi ces simulateurs "par exagération amplificatrice" (SOLLIER) d'un désordre préexistant, les manifestations hystériques viennent en bonne place. L'observation princeps de pathomimie décrite par DIEULAFOY n'en serait pas un mauvais exemple (28).

Un homme de 30 ans, intelligent, dit s'être blessé à la main gauche au cours d'une crise de nerfs. Puis, pendant deux ans et demi, se multiplient des escarres au bras gauche. On pratique alors des élongations du plexus brachial, puis l'amputation du bras gauche, que le malade accepte sans difficultés, et en pure perte, car les escarres se reproduisent au bras droit et aux pieds. Hospitalisé dans le service de l'éminent clinicien, le malade simulateur psychopathe passe aux aveux et reconnaît l'origine potassique des escarres.

Ces attitudes pathologiques semblent vouloir témoigner du désir du malade à manifester sa frustration affective et à provoquer ainsi les soins et la sollicitude de l'entourage ; sa revendication d'intérêt et d'amour se trouve satisfaite. En se réfugiant dans la maladie, il recherche essentiellement les bénéfices secondaires que lui impose sa constitution névrotique. Des éléments abandonniques ainsi que des aptitudes masochistes participent souvent à la psychogenèse du comportement automutilateur.

A part les hystériques, A.POROT classe dans le groupe des sursimulateurs d'autres types de malades :

- les débiles exagérateurs : dont il souligne "l'entêtement qui, par carence de la réflexion et du jugement, les font s'obstiner, même quand ils sont

démasqués" ;

- les déprimés avec surcharge : qui font même des tentatives de suicide plus ou moins sévères, destinées dans leur esprit à renforcer la pitié qu'ils veulent attirer sur eux ;
- les impulsifs agités : "le plus souvent dégradés, vicieux et pervers".

Pour illustrer les avatars et péripéties mouvementées qui émaillent la biographie de ces malades, nous citerons l'observation succincte d'un déséquilibré psychique pervers Antoine G... (Service de Dr LANTER, Hôpital psychiatrique, Rouffach), qui, à l'occasion d'une incarcération avait à plusieurs reprises ingéré des objets hétéroclites (bouts de fourchettes, petits morceaux de lames de rasoir ...) dans l'intention de provoquer son admission à l'hôpital psychiatrique, où il espérait purger sa peine dans des conditions plus confortables. Là, il usa de toutes sortes de subterfuges, essaya de circonvenir le personnel, puis passa aux menaces et au chantage suicidaire pour retarder sa réintégration à la maison d'arrêt, d'où il revint quelques semaines plus tard pour les mêmes raisons avec, en plus, des incisions superficielles des téguments des poignets. Dans le but d'échapper à son sort de prisonnier, il eut alors des velléités de faire la grève de la faim, mais fut rapidement démasqué alors qu'il dévalisait littéralement les malades sans défense de leurs friandises. Par la suite, nous l'avons découvert par hasard dans un hôpital de la région de Colmar, où il se faisait traiter pour coups et blessures reçus au cours de libations alcooliques. Par ailleurs, et simultanément, il avait été pris en charge thérapeutique par son médecin traitant pour un syndrome ulcéreux.

Dans l'attitude sinistrosique, où le calcul utilitaire se mêle à des manifestations psychonévrosiques, l'état mental du malade réalise un fond de revendication souvent procédurière en rapport avec une paranoïa caractérielle ; il s'agit le plus souvent de la reviviscence d'une névrose infantile mal liquidée (BRUN).

L'entretien de lésions provoquées ou accidentelles est alors possible dans la recherche d'une rente, comme dans le cas de cet homme qui épisodiquement s'introduisait sous la peau du front et des tempes de nombreux petits éclats métalliques (Deutsch. Zeitschr. f. G.M., 1935, 24. Band, p. 409).

On peut se demander avec DESHAIES, jusqu'à quel point certains hystériques, et même des déséquilibrés, ne seraient pas inconsciemment mus par une tendance suicidaire. "La simulation morbide des maladies, la recherche des opérations chirurgicales ... peut au fond répondre à une tentative de suicide travestie".

Evoquant le problème des mutilations volontaires, M. COLIN (20) dit : "Il faut toutefois considérer que leurs motivations et leur signification sont souvent complexes et que, comme pour les tentatives de suicide, tous les degrés peuvent se voir entre le geste délibéré et utilitaire (l'absence de tout élément pathologique paraissant cependant bien rare) et le geste suicidaire déguisé, "focalisé".

Si donc les mutilations majeures chez les grands psychotiques (mélancoliques, schizophrènes ...) expriment une tendance autodestructrice et une dévalorisation de l'existence certaines "les mutilations mineures, à la petite semaine, pratiquées par certains malades, expriment aussi un désir de mourir "à petit feu", fractionnairement" (DESHAIES).

Et, en poussant plus avant ce raisonnement, il convient d'admettre que des anomalies moins grossières de la conduite dépendent de la même tendance profonde. Ainsi, le refus partiel d'aliments, la sous-alimentation volontaire, en apparence plus ou moins motivée, le refus de soins chez des névropathes, voire des individus considérés comme normaux, expriment, sous une forme déguisée, la même conduite suicidaire.

Les exemples de mutilations chez les psychotiques ne sont pas rares. H.FAURE (37) rapporte l'observation d'un malade de 54 ans présentant depuis l'âge de 30 ans les symptômes d'une psychose hébéphréno-catatonique et qui manifestait des tendances auto-agressives peu ordinaires. "Il se faisait (et ceci sans aucune douleur apparente), des entailles cutanées aux avant-bras avec un silex aigu qu'il frottait contre une pierre jusqu'à ce qu'il soit chaud et pointu ; avec une mimique impassible, il se brûlait longuement la peau avec une cigarette ; parfois, il utilisait même une loupe au soleil grâce à laquelle il traçait sur ses téguments des lacis indélébiles. Malgré la surveillance dont il était l'objet, ce malade avait réalisé sur une grande partie de son corps de véritables hiéroglyphes ; il s'agissait à coup sûr d'un tatouage thématized..."

R.KUHN (67), a observé un adolescent soupçonné de psychose schizo-phrénique. A 12 ans, il se croyait le Christ ou Jean Huss et se tira un coup de pistolet à travers la main gauche ; puis, il se mit toujours davantage à croire à son rôle de martyr et en arriva alors à des idées d'auto-destruction grâce à des jeux d'Indiens. Il se taillada la région épigastrique avec son canif, et se fit sur la poitrine à l'aide d'une loupe une brûlure en forme de croix, d'environ 15 cm ; en effet, des expériences impudiques l'avaient incitées à des idées d'auto-castration qu'il pensait ainsi empêcher ...

Il convient aussi de mentionner pour mémoire les stigmates des délirants mystiques dont l'authenticité pose de mystérieux problèmes d'ordre psycho-somatique. J.V.KLAUDER a particulièrement étudié cette question dans une vaste monographie (62).

L'intérêt principal de l'observation que nous empruntons à H.EY et D. COLOMB (36), nous a paru résider dans la longue dissimulation d'une mélancolique toujours prête à se donner la mort ; son opiniâtreté dans la

tentative de suicide finit par déjouer une surveillance des plus vigilantes. La malade réussit à se donner la mort à l'aide de moyens par eux-mêmes assez peu dangereux : l'ingestion d'objets de toutes sortes.

Après l'apparition d'accidents graves avec une courbe thermique oscillante, des vomissements de plus en plus nombreux ... la malade n'extériorisa jamais la moindre plainte, bien plus, elle n'accusa jamais le moindre symptôme subjectif, si bien que l'on fût en droit d'évoquer tour à tour la possibilité d'une pleurésie interlobaire, une évolution granulique etc... sans arriver à une certitude diagnostique.

Après plusieurs semaines d'évolution, l'exitus permit de faire une autopsie qui révéla un abcès sous-phrénique à grosse collection consécutif à une perforation pylorique provoquée par divers objets ingérés (branches d'arbres, épingle à cheveux, cuiller à café).

PICARD cite le cas d'un de ses malades psychopathes qui s'était provoqué un phlegmon ischio-rectal à l'aide de tiges métalliques (104).

Devant de tels exploits, on croit saisir l'importance capitale de l'état mental du sujet dans la perception de la douleur produite par une excitation algogène. LERICHE a apporté dans son ouvrage sur "La chirurgie de la Douleur", une importante contribution à la démonstration de ce mécanisme psychologique.

CHAPITRE III

LES DIVERSES LOCALISATIONS CORPORELLES DE L'AGRESSIVITE MUTILANTE

- 1) Les mutilations dans le domaine O.R.L.
- 2) Mutilations portant sur les organes génitaux.
- 3) Mutilations portant sur les membres.
- 4) Mutilations portant sur les yeux.
- 5) Mutilations portant sur les seins.

--

1) Les mutilations dans le domaine O.R.L.

Relevons un cas publié par H.FIORENTINI (39) : Il s'agit d'un crime perpétré par un malade en état de délire hallucinatoire. L'auteur ne précise pas davantage le diagnostic psychiatrique. Des hallucinations visuelles et auditives se manifestaient particulièrement la nuit et cela de nombreux jours avant le meurtre ; de nombreux personnages d'aspect fantomatique venaient l'insulter et le menacer de mort. Un jour, en pleine ambiance onirique, il prend sa mère pour la personne qui lui parlait sans cesse et lui arrache la langue "pour faire cesser les voix".

L'examen médico-légal de la mère ne permit pas de mettre en évidence des traces extérieures de violence ou de lutte. La mort fut attribuée à l'amputation complète de la langue et par voie de conséquence à l'exsanguination et à l'asphyxie.

Cette forme exceptionnelle de meurtre relève donc typiquement de la réaction homicide de l'aliéné en proie à un délire onirique intense.

KRAFT EBING (65), rapporte le cas d'un dément qui, victime de sa croyance délirante absurde, qu'il n'aurait que des chats à manger, voulut s'élargir la bouche avec un couteau, afin de pouvoir les avaler tout entiers.

SZIGETI (122) cite un cas de suicide par autoextirpation du larynx chez une femme de 42 ans, tombée dans une profonde tristesse à la suite de la mort d'un enfant unique.

Au cours de l'excitation psychomotrice de l'exaltation érotique, peuvent naître des impulsions de caractère sadique.

Mentionnons la malade de CLAUDE qui, ayant voulu réaliser quelques jeux sadiques sur un jeune garçon confié à sa garde, "dut faire un tragique effort sur elle-même pour s'empêcher de lui trancher le nez, les oreilles ou la langue avec ses dents" (Cité par HESNARD, La Sexologie).

Bien que la morsure ne produise que rarement un arrachement des parties saillantes (PIEDELIEVRE, Médecine Légale), nous avons relevé une section de la langue au cours d'un baiser buccal (130). La libération de tendances sadiques à la faveur de l'ivresse érotique paraît vraisemblable, bien que l'auteur ne donne aucun élément permettant de confirmer cette hypothèse.

Observation. : Dans la campagne Sundgauvienne, il nous a été donné d'observer une jeune fille de 21 ans, venue consulter de toute urgence pour une hémisection de la langue, pratiquée au cours d'un rapport sexuel. Les aptitudes sadiques de son partenaire ne faisaient aucun doute et avaient laissé des

marques sous forme d'ecchymoses, griffures et traces de morsures relevées sur les bras et le tronc. La docilité simplette et un peu niaise de cette brave campagnarde, aux tendances masochistes, s'accommodait depuis plusieurs semaines des sévices infligés par son partenaire déséquilibré pervers dont nous n'avons pu préciser les raisons de ses hospitalisations en milieu psychiatrique.

L'association des mutilations aux perversions sexuelles est soulignée par une observation de KRATTER (66); il rapporte un meurtre passionnel lesbien accompagné de morsure et amputation du nez.

La meurtrière fut par la suite transférée dans un hôpital psychiatrique pour des symptômes de paralysie générale.

KRATTER prétend que les lesbiennes présentent toujours une tendance sadique pour leurs partenaires homosexuelles passives ; celles-ci manifesteraient une tendance sadique à l'égard des hommes.

La morsure du nez paraît être l'expression symbolique de la castration.

J.M. MILLAN souligne l'importance médico-légale des morsures dans les mutilations sadiques de la face et leurs séquelles : la défiguration (90).

A.POROT (109) rapporte que récemment, en Afrique du Nord, pendant la période de guerre, les mutilations n'étaient pas rares : "on coupait les lèvres ou le nez d'un indigène qui avait enfreint la défense de fumer ou de priser".

Dans un article intitulé "Les mutilations punitives de la face dans l'histoire et au cours du terrorisme en Algérie" (69), les auteurs font

état d'observations relevant du même contexte particulier, puisque survenues en période d'hostilité ; à considérer les études consacrées à la délinquance et à l'aliénation mentale en Afrique du Nord, il semblerait que les mutilations criminelles se rencontrent avec une plus grande fréquence, que dans nos pays occidentaux.

Ces constatations d'ordre ethnique ne viennent que confirmer, une fois de plus, une évidence dont le médecin légiste doit tenir compte lorsqu'il aborde la question des mutilations : dans une civilisation ou une culture donnée, le corps, le schéma corporel et les liens psychosomatiques sont vécus d'une manière spécifique.

2) Mutilations portant sur les organes génitaux

a) Les automutilations

Bien que l'automutilation à caractère religieux n'entre pas dans le cadre de notre étude, nous aimerions souligner le caractère pathologique de motivations inconscientes de sujets recherchant par la castration volontaire la réalisation de leurs aspirations ascétiques.

Comme le dit à juste titre BLONDEL, on ne se châtrer pas parce qu'on est Skoptzi ou prêtre de Cybèle, on est Skoptzi ou prêtre de Cybèle, parce qu'on est candidat à la castration.

On pourra lire avec un certain intérêt le court aperçu historique sur les diverses mutilations des organes génitaux à travers les âges, publié par I.S.RADIAN (112) à propos d'un cas exceptionnel de mutilation chez un psychopathe, consistant en une infibulation. Ce sujet "atteint de troubles mentaux" avait réussi, en plusieurs opérations successives, à passer un anneau par le prépuce - tiré au delà du gland - aux extrémités

du pénis, dans le but d'empêcher le coït.

A titre exceptionnel, des castrations utilitaires peuvent s'observer, en dehors des eunuques professionnels. Tel ce curieux cas rapporté par Julien MAYR (cité par DESHAIES), d'un homosexuel hypospade, qui dissimulait ses testicules derrière un corset et gagnait sa vie comme prostitué. Incommodé malgré tout par ces témoins gênants, il tenta de se castrer, puis demanda au chirurgien de lui confectionner un vagin.

Les mutilations génitales au cours de pratiques masturbatoires à l'aide d'objets divers ou de dispositifs complexes chez des pervers masochistes représentent un intérêt, de par la fréquence des publications soulevant un problème d'ordre médico-légal.

JANSELME et E.SCHULMANN (cité par DESHAIES) observèrent la chute du gland, par sphacèle d'origine traumatique, chez un garçon de 12 ans ; les auteurs attribuèrent cette amputation à la masturbation habituelle par striction à l'aide d'un fil.

PROKOP a publié une observation d'automutilation génitale tout à fait curieuse. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, qui s'était entouré le pénis d'une sorte de cage en fil de fer.

Pendant sa jeunesse, il avait été opéré d'un phimosis ; mais la partie inférieure du prépuce subsistait. Des soucis matériels que lui causait sa nombreuse progéniture lui firent chercher un moyen d'empêcher la conception. Comme il n'osait effectuer une émasculatation, il fit deux trous dans le lambeau préputial et fit passer un cadenas au travers.

Après six mois, ne pouvant plus résister à la tentation d'enlever le cadenas, il eut un rapport sexuel unique. Le résultat en fut une nouvelle grossesse de sa femme. Il fallut alors trouver un remède radical.

Il résolut donc de trouer le pénis afin de "couper une artère principale". Puis, dans un travail de nombreux mois, il creusa un trou à

travers le pénis, s'arrêtant chaque fois que les douleurs étaient trop fortes. Pour empêcher que le trou produit ne se comblât, il introduisit chaque fois le fragment d'un anneau en ambre qu'il humectait de teinture d'arnica. Après cicatrisation, il fit passer au travers un fil d'acier de 3 mm d'épaisseur et lui donna la configuration d'un fourreau protecteur. Une partie du fil provoqua une grande ulcération suppurante et douloureuse, si bien que le fil fut enlevé par les soins d'un médecin avec lime et tenaille.

L'examen psychiatrique du malade devait révéler une légère arriération intellectuelle ; par ailleurs, PROKOP précise qu'il s'agissait d'un cas de "paranoïa hypochondriaque".

H. CRICHTON-MILLER relate l'observation d'un étudiant de 21 ans, continent et obsédé sexuel, qui se coupa le pénis avec des ciseaux à ongles. L'auteur y voit une automutilation expiatoire et en vient à considérer le suicide comme une réaction de castration généralisée. Il serait beaucoup plus juste, comme le précise DESHAIES, "d'en faire une réaction de suicide localisée", "un suicide local", comme dirait K.A.MENNINGER.

Chez les obsédés génitaux, souligne A.POROT, l'automutilation "revêt la signification d'une auto-punition, surtout chez les sujets tourmentés par des scrupules religieux ; elle devient alors un geste auto-punitif du sentiment de culpabilité".

Le cas du malade mental, observé par SZIGETI, qui s'était ouvert le scrotum en le déchirant de ses ongles et en retira les testicules, peut être rapproché de l'exemple précédent.

Observation - A l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Service du Dr LANTER), nous avons pu observer un malade âgé de 43 ans, atteint de schizophrénie de décours déjà ancien ; devenu asilaire de par la structure du cadre hospitalier

et de l'institution soignante, il séjournait dans un pavillon de travailleurs, d'où il se rendait quotidiennement aux travaux des champs. Sa dépendance à la société asilaire semblait acquise et son comportement de passivité paraissait être la seule manifestation dont il fût capable ; aussi, n'éveillait-il plus l'attention du personnel chargé de sa surveillance. Et pourtant, un soir après le travail, ses camarades de chambrée devaient le trouver allongé sur son lit dans une mare de sang. En proie à une impulsion aussi subite qu'inattendue, il venait de s'ouvrir le scrotum avec un petit canif et s'était sectionné le testicule gauche.

Dans les jours suivants, il ne fut pas capable de verbaliser son acte de manière précise ; il se cantonna dans des explications vagues, mais témoignant cependant d'une conscience aiguë de son état. Il dit qu'il avait été déprimé par les conditions d'hospitalisation, qu'il avait râté sa vie ; constatant qu'il était abandonné, sans possibilité d'être pris en charge par des proches, il avait donc décidé de cesser de vivre.

DIVRY, BOBON et COLLARD (29), à propos de la publication d'une auto-castration chez un paraphrène, voient dans l'acte du malade la conséquence d'un moment "de révolte exceptionnelle et brutale" contre une détention que le malade estimait arbitraire et concluent "que pouvait faire ce masochiste parfait, sinon retourner contre soi l'agressivité soudaine que soulevait en lui l'arbitraire ? Ce geste masochiste apparaît bien ici comme un sadisme retourné contre soi ..."

EBTINGER R., FETIQUE J.J. et LEVY A. (33) ont publié l'observation d'un homme de 27 ans, marié depuis 5 ans, sans enfant, qui, au cours d'une bouffée délirante aiguë survenue après l'annonce de la grossesse de sa femme arriva à se trancher la verge à l'aide d'un couteau. Malade au passé psychologique mouvementé, puisque enfant naturel n'ayant jamais connu le nom de son père, de surcroît, il refusa, à sa majorité, de connaître sa mère.

Au cours de l'évolution de cette psychose de la paternité, l'anxiété grandit de jour en jour, et le malade ne cessa de se tourmenter et d'avoir des craintes pour la vie de son enfant et de sa femme. Tout d'abord accablé par des idées d'indignité et des autoaccusations nombreuses, son état s'aggrava progressivement ; se disant surveillé au travail par ses camarades au courant de ses infidélités, poursuivi par la police, abandonné de Dieu, il se mutila.

Il semble difficile aux auteurs de préciser la signification de cet acte ; il pourrait toutefois être interprété comme possédant la valeur d'un suicide.

Dans d'autres psychoses aiguës, comme dans la mélancolie anxieuse ou dans sa forme délirante, la castration peut aussi équivaloir au suicide ; le geste est alors exécuté "pour tarir la source de vie et se dévaloriser jusqu'à ne plus être un homme ni mériter d'exister" (DESHAIES).

PIEDELIEVRE R. (107) reproduit au chapitre de la mélancolie une étonnante observation :

A l'aide d'un couteau très aiguisé, le malade s'était amputé les bourses et la verge, s'était pansé sommairement à l'aide d'un tampon confectionné avec une serviette, et avait fait lui-même un paquet contenant les organes amputés de manière à le porter au bureau de poste le plus proche ; il réalisa son projet en adressant son paquet au laboratoire de Médecine Légale de la Faculté de Paris, mais son envoi terminé, il s'effondra dans la rue et décéda d'hémorragie.

b) Les mutilations hétérogènes

H.OLLIVIER et G.BOBIS (101) ont décrit le cas d'un égorgement avec ébauche d'émasculatation ; la présence de plaies aberrantes, la localisation génitale des mutilations et l'allure générale du crime devaient logiquement

faire penser à un homicide sadique banal, alors qu'il illustrait au contraire l'oeuvre d'un schizophrène ayant agi sous l'empire de l'activité hallucinatoire de son délire mystique ; soulignons en passant, une certaine électivité dans la haine agressive du schizophrène à l'encontre de son père, ce qui semble expliquer la forte proportion de parricides dans la période prodromique de cette affection.

Dans un article intitulé "Blessures mortelles des organes génitaux féminins au cours de meurtres, suicides, accidents, viols et rapports sexuels librement consentis" (53), HEINDL souligne la préférence que témoignent les auteurs de viols pour les instruments tranchants et piquants avec lesquels ils portent de nombreuses blessures sur les organes génitaux. Des lésions de lutte et de défense sur le corps de la victime et de l'auteur du délit seront fréquemment constatées et apporteront des éléments d'information appréciables pour la reconstitution du fait judiciaire. De plus, la mutilation du cadavre, parfois le dépeçage criminel, les traces de sperme et les constatations sur les lieux du crime (traces de lutte) seront indices d'appoint importants pour la détermination des conditions étiologiques.

En effet, dans l'accomplissement du viol ou de la tentative de viol, la brutalité et les violences de nature sadique-agressive sont de règle et l'on pourrait citer de nombreux exemples qui se sont terminés par une strangulation, ou par d'autres lésions homicides.

Dans un paragraphe consacré au "viol compliqué de crime", C.SIMONIN reproduit une blessure longitudinale du vagin produite par un instrument tranchant chez une victime qui se trouvait en état de coma alcoolique au moment de l'agression (119).

"A l'analyse psychologique de ces cas, dit HESNARD, la satisfaction voluptueuse est davantage produite par l'expérience d'une agression violente et insistante sur le corps de la malheureuse victime que par la signification

proprement génitale de l'acte" (55).

Dans certains cas, l'agressivité mutilante peut déclencher une homosexualité latente, dont le témoin est l'acte sexuel a tergo pratiqué en conclusion des sévices ; les injures sadiques, en particulier, les mutilations des organes génitaux, traduisent alors l'application au réel du phantasme érotique de la perversion.

La libération de tendances sadiques au cours des manifestations de l'homosexualité est soulignée par divers auteurs :

WAGNER M.L. rapporte le cas d'un homosexuel castrant ses victimes (124),

Dans son traité intitulé "Attentats aux mœurs", TARDIEU décrit un exemple de violences sodomiques ; la victime se présenta à l'hôpital : Necker (1860) avec une vaste plaie par écrasement, occupant presque toute la surface du pénis ; l'auteur donne une description détaillée de l'état de la verge et du gland. Le malheureux blessé expliqua l'origine de sa blessure par des tractions opérées sur la verge dans une lutte qu'il eut à soutenir contre deux pédérastes. Ces tractions lui causèrent une telle douleur qu'il s'évanouit. En outre, ses adversaires lui introduisirent violemment les doigts dans le rectum .

Un rapport médico-légal datant de 1874 (GIRALDES et HORTELOUP), relate le cas d'un meurtre avec viol sodomique et mutilations des organes génitaux. Le meurtrier était soupçonné d'actes violents de pédérastie sur sa victime âgée de 14 ans. Toutefois, il résultait de l'examen du dossier de cette affaire que "les lésions profondes constatées sur le corps de la victime n'avaient pu être causées par le choc ou le frottement d'un membre viril" ; on parvint donc à admettre que le meurtrier avait voulu se livrer à des actes de pédérastie et "qu'ayant éprouvé de la résistance, il avait assouvi sa rage en écrasant et en déchirant avec la main les organes de sa victime".

Pour apprécier l'étiologie atypique de certains homicides comportant des mutilations des organes génitaux, il faudra tenir compte de particularités propres à certains groupes ethniques ; MICHAUX, FOURNIER et THIODET (Particularités de la criminalité musulmane algérienne (89)) ont exposé des faits d'observation courante relevant de causes profondes d'ordre ethnique et religieux et "n'ayant rien de commun avec le classique sadisme, ni avec les facteurs habituellement recherchés en Occident dans la genèse du crime". Les mutilations des organes génitaux consistent à castrer les victimes et à leurs enfoncer les lambeaux des parties génitales entre les dents, "sans qu'une animosité particulière soit de rigueur ; c'est la marque de fabrique indigène ... l'acte terminal du crime".

D'autres particularités éclaireront le médecin, lors de la levée de corps, sur l'origine très spéciale de ces comportements : égorgement mains liées derrière le dos, possibilité d'autres mutilations ou de dépeçage du cadavre pour multiplier au maximum les mutilations ; on sait, en effet, que selon les prescriptions de la loi coranique, le musulman doit apparaître intact au tribunal du ciel.

Enfin, nous aimerions produire une observation personnelle un peu particulière puisqu'elle a trait à un chapitre moins connu de la nosographie psychiatrique médico-légale : les manifestations agressives au cours du cannabisme.

A l'hôpital d'Instruction des Forces Armées Royales Mohamed V (Rabat), nous avons eu l'occasion d'observer les conséquences d'un raptus agressif perpétré avec une sauvagerie inouïe sur la personne d'un jeune militaire âgé de 18 ans, dont le corps (visage, tronc et membres) avait été mutilé de 36 coups de couteau de cuisine, ayant porté avec une prédilection particulière sur le petit bassin et ayant comporté en conclusion des mutilations, une amputation de la verge à sa base.

L'auteur de ce crime, père de 4 enfants, chômeur et vagabond, était connu dans le quartier pour ses habitudes toxicomaniaques au kif ; le médecin psychiatre commis dans cette affaire admit que le passage à l'acte du malade, mu par des idées de jalousie, avait eu lieu au cours d'un accès confuso-onirique ; en effet, tombé dans un marasme mental inquiétant au moment de son hospitalisation, il ne put se défaire de l'idée que sa victime était l'amant de son épouse.

En fait, il n'est pas rare, comme le note POROT, d'observer au cours du cannabisme chronique "des épisodes aigus ou des psychoses sub-aiguës, à type confusionnel généralement de courte durée mais facilement reviviscentes".

3) Mutilations portant sur les membres

Les automutilations purement utilitaires, telles que l'amputation de l'index droit pour échapper au service militaire ne sont généralement pas considérées comme relevant d'un état psychopathique caractérisé. BLONDEL et LORTHIOIS relèvent toutefois, le manque d'imagination, la débilité et les antécédents psychopathiques de ces mutilateurs et insistent sur la fréquence de l'extrême disproportion entre la cause et le but recherché.

Dans une étude consacrée à "Quelques automutilations dans les prisons", MURAT note également le caractère instable et la labilité émotionnelle de ces sujets, qui répondent par des impulsions auto- et hétéro-agressives à la plus petite contrariété ou au moindre sentiment d'injustice subie.

Quelques soient les moyens employés (section tendineuse, fractures, amputations ...), les mutilations volontaires, "très difficiles à prouver, ont été parfois reconnues avec beaucoup de légèreté ; les conséquences

ont été tragiques" (C.SIMONIN).

En effet, si dans des conditions étiologiques particulières, on peut hésiter entre automutilation et accident (cf. A propos d'une blessure du pouce (60)), on pourra d'autres fois méconnaître une syringomyélie (43), en concluant trop hâtivement à une simulation chez un psychopathe, ou en soupçonnant une mutilation volontaire, "réactionnelle à une situation à charge affective désagréable" (J.M.WETTA).

MURAT (96) cite le cas d'un psychopathe épileptique qui, au cours d'un épisode psychotique, s'entaille le pli du coude et semble éprouver une véritable jouissance à voir couler le sang ; il écarte même les lèvres de la plaie pour y projeter de la cendre de cigarette, puis enflamme une allumette et la laisse brûler dans la paume de sa main pour prouver qu'il était insensible à la douleur.

Dans le même ordre d'idées, OHM (100) expose l'observation d'un oligophrène, qui en l'espace de 18 ans, se mutila une trentaine de fois. Dès l'âge de 20 ans ce malade avait commencé par s'amputer au rasoir la troisième phalange de l'index gauche, puis dans les trois années qui suivirent, il persévéra en se coupant toutes les phalanges de l'index et du médius gauches.

Les cinq années suivantes furent consacrées à "l'exécution de la main droite. Il enleva toutes les phalanges à l'exception de la première phalange du pouce et des première et deuxième phalanges du petit doigt et trois métacarpiens.

Puis il revint à la main gauche pour se desarticuler la radio-carpienne et finit par s'amputer enfin l'avant-bras gauche quatre ans après".

Observation : A l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Service du Dr. LANTER), nous avons observé un malade débile mental léger qui, au cours d'un épisode délirant et hallucinatoire aigu (bouffées délirantes des dégénérés, Magnan),

avait mis le feu à la ferme paternelle, gérée alors par son frère aîné.

Une situation conflictuelle de rivalité fraternelle était à l'origine d'idées délirantes de jalousie déjà anciennes.

Dans un raptus agressif, sous l'empire d'hallucinations auditives qui l'incitaient au geste incendiaire, il se vengea de son frère et répara ainsi les nombreuses vexations subies par ce dernier.

Réalisant sans doute en partie la portée de son acte destructeur, il alla exécuter sur le billot tout proche sa main coupable en se l'amputant au niveau de l'avant-bras, puis se jeta dans la fosse septique "pour disparaître à jamais".

Ramené de justesse à la vie, enfin calme et résigné, il exhiba son moignon en déplorant l'oisiveté à laquelle le condamnait désormais sa mutilation.

L'automutilation peut être considérée dans ce cas comme un acte expiatoire et une conduite auto-punitive dictée par l'émoi soudain du sentiment de culpabilité. Le malade devient à la fois "un juge et un coupable, un bourreau et une victime, un remords et une expiation" (DESHAIES).

4) Mutilations portant sur les yeux

Nous empruntons à la littérature quelques cas intéressants :

DESHAIES cite le cas d'un homme de lettres, délirant mélancolique, concentré sur sa souffrance morale, muet et bredouillant d'incompréhensibles litanies. Un jour, on le surprend debout sur son lit "la chemise relevée sur la tête ; le facies contracté, douloureux, il cherchait maladroitement à se crever l'oeil gauche avec le doigt, et murmurait : "Il faut le tuer ... il faut le tuer ... il a commis tous les crimes"...

A ce propos, BELLION F.H. (9), prétend qu'armé d'un ongle un peu long, un doigt fin peut, en une minute à peine, déchirer la conjonctive, sectionner les tendons des muscles et, s'introduisant en arrière du bulbe, couper le nerf optique. Le trop gros volume des doigts masculins serait la raison du petit nombre d'énucléations oculaires chez l'homme.

Th. AXENFELD rapporte également des cas d'automutilations chez des malades mentaux qui se luxent puis s'arrachent dans un deuxième temps les globes oculaires.

Ces procédés d'énucléation "simples et rapides", contrasteraient avec la diversité des procédés employés par les automutilateurs dont le but recherché est de produire une lésion minime et très locale, peu douloureuse et sans conséquences organiques graves d'un point de vue fonctionnel. Ces automutilateurs, à l'inverse des précédents, utilisent presque toujours des instruments et ont souvent recours à des tiers.

L'observation publiée par A.WACKENHEIM, Y.BECKER et J.NEVERS (125), concerne une mélancolique de 53 ans chez laquelle un profond sentiment de culpabilité assorti d'un désir masochiste de châtiment, furent à l'origine de la crevaison des yeux. Cette automutilation oculaire fut pratiquée devant un miroir aux moyens de ciseaux, en présence du mari, qui après avoir surpris la scène, s'évanouit.

Sans vouloir entrer dans le détail de la motivation psychologique du choix des yeux, analysée avec perspicacité par les auteurs, il convient de souligner le besoin qu'éprouvait la malade d'attirer l'attention du mari ; "qu'un appoint sadique inconscient vint alourdir l'évidente démarche masochiste, ressort assez clairement de l'analyse des données cliniques ..."
 "Si chez cette malade, l'accumulation de frustrations et de blessures secrètes n'ont pu que susciter des affects plus ou moins inconsciemment agressifs

contre le mari, de tels sentiments ne vont pas sans culpabilité. C'est cette sourde mauvaise conscience qui inhibe presque entièrement la décharge agressive contre le mari ; "c'est elle également qui lui fait transférer sur sa propre personne les griefs et sévices dont elle voudrait instinctivement l'accabler".

J.C.HOWDEN (58) relate l'observation d'une femme de 26 ans, atteinte de psychose périodique maniaco-dépressive avec thèmes mystiques. Au cours de chaque poussée évolutive de sa psychose, elle cherchait à s'infliger un autre supplice ; "c'est Dieu, disait-elle, qui m'ordonne de me mutiler".

Ainsi, au cours d'un premier accès mélancolique elle s'arracha la langue avec les dents. Plus tard, au cours d'une nouvelle hospitalisation, elle prétendit que Dieu lui demandait de se brûler pour purifier son âme. Par la suite, elle refusa de manger, se lacéra le vagin avec ses ongles, puis s'arracha les yeux, le gauche étant amené hors de l'orbite. Il est intéressant de noter que cette malade aux antécédents familiaux très chargés, avait entre autres, un frère interné qui s'était aussi arraché un oeil.

Tous les auteurs ont de tout temps insisté sur la prédisposition à l'automutilation chez les délirants mystiques. Ces agissements sont la conséquence du profond bouleversement de la structure de la personnalité.

Nous ne citerons que pour mémoire une étude psychanalytique très poussée sur l'automutilation à propos de l'observation d'une auto-énucléation des yeux (24).

DE GREEFF rapporte l'observation (citée par HESNARD) d'un jeune homme chez lequel s'associent des signes de névrose banale (angoisse sociale, timidité et sentiment d'infériorité relatif aux filles, enfance mal aimée et difficile) à une amoralité extrêmement marquée. Déjà jeune garçon, il était difficile, indiscipliné à l'école, de caractère capricieux et coléreux, et

cruel avec ses camarades. Chez lui, il est voleur incorruptible, si bien qu'on a changé toutes les serrures de la maison en serrures de sécurité. L'observateur note entre autres, que se sentant très inférieur à ses camarades, il a peur de regarder les autres dans les yeux.

Du point de vue sexuel, une immaturité sexuelle psychique coïncide avec un fort besoin érotique, qu'il satisfait par une masturbation effrénée.

Ayant un jour besoin d'argent, il choisit une vieille dame qui lui avait témoigné de l'affection. Sur son refus, il l'assomme à coups de poings, lui enfonce un torchon dans la bouche pour la faire taire et lui enfonce les deux doigts dans les yeux. Il pensa à la violer avant de partir, mais eut peur qu'on vint le surprendre.

DE GREEFF note qu'il s'agit là d'un cas typique de "grand déséquilibre", dans lequel il relève une "hérédité mentale" morbide.

Qu'elle se manifeste donc sous une forme punitive ou agressive, l'arrachement ou la crevaison des yeux correspond à un équivalent de la castration (Sur la substitution de l'arrachement des yeux à la castration(113)

Il en est également question dans le mythe relatif à Oedipe (FREUD (42)). "Dans le complexe d'Oedipe, et dans le complexe de castration, le père joue le même rôle, celui de l'adversaire redouté des intérêts sexuels infantile. La castration ou l'arrachement des yeux, tels sont les châtements dont il le menace".

A la suite de l'exposé de quelques cas, ARNOTT G. (4), tente de retrouver à travers une étude intéressante sur les valeurs symboliques de l'oeil, les raisons de cette agression univoque, mais sévère dans ses conséquences.

5) Mutilations portant sur les seins

Elles peuvent être le fait de raptus auto-agressifs de signification suicidaire ainsi que d'hétéro-agression de nature sadique ; dans ces cas, elles se caractérisent par des lésions à type de griffures, traces de morsures, de piqûres et s'observent dans le "petit sadisme", mais surtout dans les manifestations du "grand sadisme" ; il s'agit alors de grands obsédés impulsifs, dont la cruauté est poussée à un degré extrême, parfois jusqu'à l'homicide.

Les mutilations au niveau des seins, s'accompagnent alors habituellement de lésions des organes génitaux, de l'abdomen et des fesses. La multiplicité de ses aspects et de ses répercussions médico-légales sont soulignées dans les chapitres consacrés au viol et aux perversions sexuelles.

Dans le précis de "Médecine Légale Judiciaire", le Professeur C.SIMONIN reproduit les traces de 27 violences portées sur le corps d'une jeune fille de 18 ans au cours d'un crime sadique avec viol. Les lésions sadiques sont représentées par des traces unguéales nombreuses sur le sein droit, ainsi que par quatre plaies transversales, non perforantes, situées à la face antérieure de l'abdomen et à la face interne de la cuisse droite (p. 382).

FREYMUTH cite le cas d'une alinénée atteinte de psychose puerpérale qui fut hospitalisée dans un état d'agitation extrême. Quelques jours plus tard, elle fut trouvée debout immobile dans une mare de sang, ses deux seins gisant à terre.

L'auteur précise qu'il s'agissait d'un épisode hallucinatoire aigu. L'automutilation semble être intervenue au cours d'une psychose à tonalité affective dépressive à la suite d'un raptus anxieux. L'amputation aurait

été la conséquence d'un profond sentiment d'indignité et de culpabilité et d'un besoin d'autopunition.

On peut admettre qu'elle revêt ici la signification d'une conduite suicidaire.

CHAPITRE IVLES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL

- 1) Par le caractère paradoxal des lésions.
- 2) Dissimulation criminelle recherchée par la mise en scène d'un suicide ou d'un accident - Suicide et dissimulation.
- 3) La simulation chez certains psychopathes - Simulation d'un attentat ou d'un viol - Les fausses imputations - Le suicide masqué.
- 4) Les suicides étranges - Les suicides combinés - Mode de suicide et choix de l'instrument inattendus.
- 5) Les difficultés inhérentes aux mises en scène au cours des manifestations variées de l'auto-érotisme (manoeuvres masturbatoires, narcissisme érotique, les phantasmes érotiques fétichistes ... les composantes masochistes de ces conduites).
Intention et réalisation suicidaires ou mort accidentelle ?
- 6) Mise à mort sur ordre ou suicide par délégation.

1) Par le caractère paradoxal des lésions

Dans toute expertise médico-légale, il importe tout d'abord d'établir la réalité de la violence criminelle, puis de faire, par une étude minutieuse des blessures - et à l'aide des autres données médico-légales - le diagnostic entre homicide, suicide et accident.

La publication intitulée "Blessures ayant un caractère paradoxal dans un cas de tentative d'assassinat suivi de suicide" (26), nous paraît bien illustrer les difficultés diagnostiques rencontrées dans certains cas.

En plein jour, cinq coups de feu sont tirés dans la rue à la suite desquels un homme et une femme sont transportés à l'hôpital. Les constatations médico-légales sont les suivantes : l'homme porte dans la région temporo-frontale droite, trois blessures produites par des coups de feu tirés à courte distance, alors que la femme porte au-dessus de l'oreille droite deux blessures produites par des coups de feu tirés à bout portant, canon appuyé. On pouvait donc émettre logiquement l'hypothèse que la femme avait tué l'homme, puis avait tenté de se suicider. Cependant, l'enquête établit que l'homme était le meurtrier de sa maîtresse et qu'il s'était suicidé par la suite.

Le suicide "post-agressionnel" est une notion suffisamment connue pour que nous n'y revenions pas.

Dans la revue "Deutsche Zeitschrift für G.M. (95), W.MUNCK cite une observation de suicide chez un schizophrène par suite d'une plaie produite par un instrument piquant et située dans la région dorsale. Il était dans ce cas difficile d'apprécier a priori, l'exacte nature étiologique de cette mort ; en effet, on se trouvait en situation d'exception à la

règle qui veut que "les blessures par instruments tranchants et piquants de nature suicidaire soient situées à des sièges d'élection tels que : cou, coeur, poignets, plis du coude ou pieds". L'auteur ne fournit aucune autre explication ; on peut admettre que des données d'ordre psychiatrique aient conduit au diagnostic de suicide.

Dans le même article, MUNCK précise en accord avec la majorité des auteurs, que les plaies par instruments piquants de siège occipital parlent généralement en défaveur du suicide, alors que les plaies par instruments tranchants et piquants situées à la partie cervicale postérieure peuvent être observées ça et là au cours de suicides. Ainsi, ALTHOFF (cité par MUNCK) a décrit un cas de suicide réalisé par noyade mais précédé de mutilations sous forme de dix plaies toutes localisées dans la région cervicale postérieure.

La même revue (80) fait état d'une "extraordinaire automutilation chez un suicidaire débile mental " qui opéra en s'assénant un coup de hache sur l'occiput. Là encore, la forme médico-judiciaire de la blessure de par sa localisation et la violence du coup porté, aurait pu parler en faveur d'une agression homicide.

I. MOSKOW (92) relate un cas analogue de "suicide par plusieurs coups de hache portés sur l'occiput". La plaie proprement osseuse consistait en une multitude de petites fractures linéaires juxtaposées figurant finalement une ouverture quadrangulaire de la boîte crânienne de 7,5 cm de longueur sur 2,5 cm de largeur. C'est par l'ampleur des mutilations crâniennes que cette observation diffère de celle rapportée par L. LANGERS (72).

A la lueur du nombre des publications traitant des mutilations crânio-encéphaliques chez des malades mentaux suicidaires, on est en droit de ne pas prendre au sérieux l'affirmation de certains auteurs de l'extrême rareté de ces agissements en pratique médico-légale psychiatrique.

Par ailleurs, ces nombreux exemples témoignent non seulement du caractère exceptionnel de ces mutilations, qui pourraient facilement en imposer pour des agressions criminelles de victimes surprises pendant le sommeil, mais encore de l'extraordinaire analgésie dont font preuve la plupart de ces aliénés !

La description d'une "tentative de suicide par plaie crânio-encéphalique au moyen d'un stylet de cordonnier" (41) en sera une singulière illustration.

Pour être tout à fait sûr de mener à bien son projet lugubre, le malheureux avait pris place dans la cuisine devant un petit miroir frontal de manière à forer quelques trous "explorateurs" puis il introduisit dans l'un d'eux le stylet (11 cm/5 cm) à coups de hache, verticalement dans le crâne. Il perdit bientôt connaissance, et tomba de sa chaise pour reprendre ses esprits quelques minutes plus tard ; il se hissa à nouveau sur sa chaise pour poursuivre "en douceur" jusqu'à l'arrivée de son épouse. Après hospitalisation, il sortit guéri de sa plaie céphalique mais resta néanmoins encore de nombreux mois sous contrôle médical.

Dans le même article, les auteurs notent la fréquence de plaies et fractures du crâne par précipitation volontaire de la tête contre un mur au cours de tentatives de suicide, notamment au Japon.

J.DESBORDES et J.LAURENT (27) ont publié l'observation d'un homme âgé de 76 ans persécuté et halluciné qui, au cours d'un raptus suicidaire, avait réalisé le tour de force de s'enfoncer un clou (8 cm de long) dans le crâne à l'aide d'une hachette. Observation intéressante du point de vue médico-légal, car la façon dont les choses s'étaient produites, ne laissait pas de soulever des doutes. Le blessé calme, affirmait son suicide "avec la douce fermeté d'un homme qui veut innocenter son agresseur et masquer son crime. Pour peu que cet homme soit mort avant d'avoir révélé son délire, ou que son entourage ait éveillé des doutes, une inculpation aurait pu s'en

suivre, tant paraissait invraisemblable, de prime abord, la version du suicide". Par ailleurs, il paraissait étrange que ce vieillard affaibli par plusieurs mois de lit ait pu déployer une telle force, et si l'on peut dire une telle adresse, pour asséner ainsi, à bout de bras, des coups suffisamment efficaces pour introduire ce chasse-point verticalement, au sommet du crâne.

A propos d'une observation identique chez un schizophrène, PIEDELIEVRE (105) tient à préciser que la pénétration du clou dans la voûte crânienne a été rendu possible par la minceur du crâne en cet endroit, exagéré encore par la gouttière profonde de l'artère méningée moyenne.

H.OLLIVIER, F.ROBERT et R.CASTELA ont publié le cas d'un "Curieux enfoncement crânien par instrument tranchant et contondant, imputé à un suicide par gestes répétés d'automutilation" (102).

La morphologie des coupures centrait l'attention sur la serpe de bûcheron, qui fut considérée comme l'arme responsable des lésions. Dans un deuxième temps, il s'agissait de déterminer la forme médico-judiciaire de la lésion ; on émit d'abord l'hypothèse d'une blessure homicide, mais l'examen des caractères de la plaie et la considération de certaines constatations faites au cours de la levée du corps permettaient d'étayer, en toute objectivité, la thèse du suicide par gestes répétés d'automutilation :

Notamment, la multiplicité des lésions élémentaires, leur focalisation, l'absence de fractures de la voûte crânienne, l'excellente ordination de la tenue vestimentaire de la victime, sa position et l'absence de lésions de lutte et de défense, venaient confirmer cette hypothèse.

Cette curieuse observation nous a paru intéressante parce qu'elle montre bien que la qualification de la nature étiologique d'une blessure ainsi que de sa forme médico-judiciaire peuvent relever de son étude minutieuse, éventuellement renforcée par la reconstitution expérimentale,

lorsque celle-ci est possible ; intéressante aussi, parce qu'elle illustre un de ces suicides atypiques qui procèdent de moyens extravagants et dont les caractères inhabituels des lésions démontrent l'existence de troubles psycho-pathologiques chez leur auteur.

Un cas "d'auto-éviscération considérée à tort comme un crime", publié par D. TRIQUENEAUX (124) est intéressant à considérer par l'importance des lésions d'automutilation qui étonne de prime abord. Les enquêteurs devaient, en effet, découvrir un corps de femme mutilé par une plaie d'une longueur de 21 cm siégeant sur la paroi abdominale, l'ombilic se trouvant à peu près à la partie moyenne de la plaie. Au pied de la table où l'on trouva un couteau dont la lame, de fort mauvaise qualité, mesurait 20 cm de longueur, gisait un amas de viscères.

L'autopsie révéla de larges délabrements abdominaux, l'intestin grêle avait été sectionné à la partie inférieure du jéjunum ; l'iléon était disséqué sur 20 cm de longueur, la section terminale siégeant à environ 70 cm de l'insertion du gros intestin.

Une enquête succincte permit d'établir que cette femme qui était connue pour avoir des habitudes d'intempérance, présentait depuis un certain temps des troubles mentaux de nature mélancolique. A la suite de douleurs abdominales dont elle s'était plainte, elle avait fait l'acquisition de quelques livres de médecine populaire dont la lecture avait développé chez elle la phobie d'une opération. Elle s'imaginait qu'elle devait être opérée dans une clinique voisine et cela l'aurait décidée à se suicider. Sur des ardoises qu'on trouva en plusieurs endroits, elle manifestait l'intention de se substituer au chirurgien et concluait : "Je ferai le travail moi-même".

Il paraît certain qu'en l'absence de données anamnestiques indiquant l'état mental morbide, on eût été en droit de suspecter un crime sadique.

Par ailleurs, il paraît intéressant de retenir la possibilité pour un sujet dément, non seulement de se laparotomiser lui-même, mais aussi de procéder à un véritable découpage de ses viscères !

D'autres exemples de suicides par éviscération ont été publiés dans la littérature médico-légale, notamment par PIEDELIEVRE, DESOILLE H. et HAUSSEER G. (106) ainsi que par MARTIN E. (84). Dans un autre cas, l'éviscération opérée par un malade schizophrène s'était complétée par une extirpation presque complète du méso-colon (80).

2) La dissimulation criminelle recherchée par la mise en scène d'un suicide ou d'un accident - Suicide et dissimulation

Le dépeçage criminel est un de ces moyens. Il est réalisé par le découpage du corps de la victime en plusieurs morceaux ou en tout petits morceaux pour faciliter la dissimulation ou la destruction du cadavre. Le coupable fait disparaître les preuves de son acte.

- D'autres fois, le dépeçage est évocateur d'une intention érotique de la part de son auteur et peut alors s'inscrire dans le cadre des dépeçages intentionnels criminels ; il est alors le fait d'un grand obsédé sexuel ou d'un pervers sadique - lorsqu'il ne s'agit pas d'une facétie estudiantine sur un cadavre d'amphithéâtre -.

Il ne nous a pas été possible de relever dans la littérature des exemples de dépeçages intentionnels aussi systématisés que celui pratiqué par le jeune schizophrène (chapitre I).

Toutefois, des cas de dépeçages partiels avec décapitation sont analysés par plusieurs auteurs, dont H. VON HENTIG (54). "Il n'y a guère

de méthode, constate-t-il, plus simple et plus sûre, par laquelle la mort puisse être obtenue que la décollation ; ... on constate une certaine retenue devant cette manière de tuer chez les meurtriers, seuls les malades mentaux et des "personnalités bien particulières" ne connaissent pas cette inhibition". KRAFFT EBING rapporte notamment deux observations de malades mentaux meurtriers par décapitation (65).

Le dépeceur Haarmann, cité par Th. LESSING (77), après avoir étranglé ou sauvagement mordu dans le cou les jeunes victimes sur lesquelles il avait jeté son dévolu, leurs voilait le visage "pour qu'ils ne le regardent pas ainsi" ; après ouverture abdominale, il plaçait les viscères dans un seau et procédait au nettoyage des cavités abdominales et thoraciques ; puis il sectionnait le pénis pour le trancher en petits morceaux et procédait alors seulement à la section de la tête.

L'examen des victimes des fameux meurtres sexuels de Cleveland (8) révèle que la décollation se complétait de castration dans deux cas.

"Il faut remarquer, dit VON HENTIG, que la tête et l'appareil génital, comme semble le démontrer l'agression simultanée sur les deux organes, sont étroitement reliés dans l'esprit de certains de par leur signification de zones érogènes". Les mutilations concomitantes du nez, de la lèvre supérieure et des oreilles ne seraient que le résultat médico-légal de l'actualisation de phantasmes sadiques (HESNARD). C'est cet aspect érotique de l'agression criminelle particulièrement présent dans le dépeçage de l'aliéné que nous aimerions souligner, de manière à mieux marquer la différence qui existe entre celui-ci et le dépeçage criminel utilitaire.

Quant à la mutilation très particulière consistant à découper le masque de la victime nous pensons qu'elle est exceptionnelle sinon unique. Vouloir découvrir la signification de cette mutilation mènerait à tenter une approche des significations symboliques du délire du malade, et par là, peut-être, à comprendre la libération criminelle de certaines tendances

inconscientes du schizophrène. Bien que cela ne soit pas notre propos, qu'il nous soit permis de citer KUHN, qui, dans sa phénoménologie du masque, s'est employé à démontrer que l'adjonction du masque dans les dessins projectifs des malades "paraît bien renvoyer à une immobilisation dans le vécu psychotique, qui n'est rien moins qu'une victoire désespérée sur les fluctuations de l'image de soi" (67).

Enfin, il est à noter que la plupart des dépeçages intentionnels ainsi que des mutilations post-mortem sont habituellement relatés comme étant le fait de pervers sadiques, et cela, à juste titre ; toutefois, s'il est vrai que les sadiques pervers sont souvent affligés de goûts complexes dans lesquels on reconnaît des combinaisons de tendances perverses, il est également vrai que nombre d'états psychotiques sont marqués par des forces pulsionnelles sadique-agressives. Ainsi, dans le lot des meurtriers sadiques qui défrayent la chronique et les annales judiciaires se situent nombre d'états pervers graves présentant non seulement des stigmates de grande instabilité, d'amoralité et d'impulsivité, mais aussi, et peut-être plus souvent qu'on ne le dit, des traits de schizoïdie, si ce n'est des schizophrénies plus ou moins méconnues. Cela expliquerait la rareté des mentions faites à l'aliénation caractérisée dans les publications de mutilations sadiques criminelles.

La dissimulation criminelle recherchée par la mise en scène d'un d'un suicide ou d'un accident est bien connue et traitée dans les divers précis de médecine légale.

A titre d'illustration, citons SCHRADER G., qui expose quatre cas de mise en scène de suicide par pendaison, alors qu'il s'agissait en réalité de crimes sexuels (Arch. für Krim., 1943/44, p. 65).

Dans la pratique judiciaire, en effet, on rencontre souvent la

tentative de faire passer un homicide pour un suicide. C'est là une élémentaire mesure de défense de l'assassin qui cherche ainsi à mettre un obstacle préliminaire à la découverte et à la répression du crime. L'expert soupçonnant un homicide masqué, doit alors réunir les éléments qui lui permettront de découvrir la simulation du suicide.

Le cas contraire est beaucoup plus rare, à tel point que bon nombre de manuels classiques de médecine légale n'en font pas mention. En fait, la "dissimulation au même titre que la simulation est une passion épisodique ou durable qui peut s'observer aussi bien chez les individus normaux que chez les aliénés mentaux". Mais elle est particulièrement fréquente et marquée dans les délires chroniques systématisés à thème de persécution, où elle apparaît comme étant le fondement même du symptôme réticence.

Suicide et dissimulation : R.BENON et R.PENHELEUX (10) ont rapporté une tentative de suicide par balle de revolver, habilement dissimulée pendant près d'un mois, si bien qu'elle induisit les magistrats en erreur et suscita une fiévreuse activité de recherche judiciaire. En effet, le siège et les particularités de la blessure laissaient peu de doute sur l'origine des lésions qui consistaient en une plaie en séton bitemporale déterminée par la balle de revolver qui avait atteint soit le chiasma, soit les deux nerfs optiques, comme en témoignait la double ophtalmoplégie sensitivo-motrice.

L'analyse psycho-clinique du dissimulateur révéla une dysharmonie constitutionnelle avec de riches manifestations émotionnelles et passionnelles ; son intelligence fut considérée comme étant nettement au-dessus de la moyenne.

On peut considérer que ce dissimulateur, ayant réellement eu l'intention de se suicider, ait manqué son but et, qu'ayant honte de l'avouer, il simula un attentat.

Cette dissimulation, parfaitement organisée et même astucieusement circonstanciée, les allégations fermes de l'agression ainsi que la rareté relative du fait anatomique, viennent une fois de plus souligner les difficultés diagnostiques en médecine légale, surtout si l'on considère que le suicide "masqué" peut revêtir des formes diverses et trompeuses (cf. paragraphe 3).

En fait, comme le souligne L.LATTES (72), on ne peut parler de suicide masqué que dans le cas de suicide réussi. "Dans ces cas, le sujet a réellement voulu que tout le monde ignore son suicide et prépare donc avant sa mort toutes les circonstances destinées à induire les intéressés en erreur". - Le suicide masqué, dit HOFFMANN, veut simuler une mort accidentelle ou une mort subite naturelle pour éviter aux proches des conséquences désagréables du point de vue social et matériel (perte de pensions ou de prime d'assurance).

Observation (A.J.CHAUMONT).

Dans le même ordre d'idées, le professeur A.J.CHAUMONT a observé un cas intéressant ayant trait à une mort suspecte. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans dont l'autopsie mettait en évidence des lésions diverses comportant notamment : une longue section de 10 cm sur la manche gauche intéressant également et au même niveau la chemise polo ainsi que le maillot de corps que portait le sujet. Sur la jambe droite du pantalon, à hauteur de la cuisse, il existait une coupure du tissu longue de 12 cm.

A l'inspection externe du corps, on relevait immédiatement à la tempe gauche l'orifice d'entrée d'un coup de feu ; la plaie était située à 3 cm en arrière de la queue du sourcil gauche et à 2,5 cm en avant de l'oreille gauche. L'orifice portait une colerette noirâtre et était légèrement déchiqueté en étoile ; la peau était décollée en profondeur tout autour de la plaie ; de plus, du sang avait giclé sur plusieurs centimètres autour de l'orifice d'entrée.

La dissection du cou ne montra aucune trace de violences. Mais, sur la partie antérieure du thorax, à 3 cm au-dessus du sein droit, on releva une ecchymose de 2 cm de diamètre. Et, sur l'avant-bras gauche, deux plaies linéaires étaient visibles : la première très superficielle, longue de 2 cm et située à 1 cm au-dessus du poignet, l'autre, plus profonde, longue de 3 cm et située à 8 cm au-dessus du poignet. On constatait en outre, toujours sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, deux très fines égratignures situées respectivement à 9 et 14 cm au-dessus du poignet. A la face externe et au tiers moyen la cuisse droite portait une estafilade de 8 cm.

La cause de la mort du jeune homme était évidente : il était décédé à la suite d'un coup de feu tiré à bout touchant à la tempe gauche, transversalement de gauche à droite et légèrement d'arrière en avant. Le projectile, une balle d'un calibre de 6,35 mm fut d'ailleurs retrouvé dans la boîte crânienne.

Toutefois, on était en droit de s'interroger. S'agissait-il d'un suicide, d'un homicide ou d'un accident ?

Avec les seuls éléments dont on disposait, c'est-à-dire ceux tirés de l'autopsie, on était amené à faire les remarques suivantes :

- le coup de feu à la tempe est un geste suicidaire classique. Toutefois, il est habituel qu'il se produise à la tempe droite s'il s'agit d'un droitier, ce qui était le cas du jeune homme.
- la direction du coup de feu, légèrement transversale d'arrière en avant, est inhabituelle : étant donné la position de la main du tireur suicide, elle est généralement dirigée transversalement vers l'arrière.
- les plaies linéaires relevées sur l'avant-bras gauche au-dessus du poignet peuvent répondre à des tentatives de suicide par section des veines à ce niveau. Toutefois, il est exceptionnel que le suicidé procède à ces sections à travers trois épaisseurs de vêtements, alors qu'il lui était facile de retrousser ses manches. Il est en outre curieux que la victime se

soit coupé le poignet gauche avec la main droite et se soit tiré un coup de feu avec la main gauche.

- Enfin, la grande estafilade située à la face externe de la cuisse droite ne peut absolument pas être considérée comme une plaie suicide.

Ainsi donc, certaines apparences faisaient penser au suicide du jeune homme ; toutefois, plusieurs détails médico-légaux relevés à l'autopsie n'étaient pas explicables par cette hypothèse, et a priori, sous réserve des données d'enquête, un crime n'était pas exclu.

L'intervention d'une tierce personne peut encore venir compliquer le maquillage du suicide : BRIERE DE BOISMONT (cité par DESHAIES) expose le cas d'un négociant qui fut trouvé étranglé dans sa voiture, arrêtée sur une route au milieu de la campagne. Il avait les mains liées derrière le dos et avait été volé. Le crime était évident. Et pourtant, une dénonciation prouva par la suite que la victime s'était sacrifiée à sa famille en se pendant, et qu'un ami de connivence, avait organisé la mise en scène.

A propos des suicides dissimulés, DESHAIES prétend que "leur caractère général réside dans leur haut degré de sincérité. Acte obscur, caché, inconnu qui ne supporte aucune dramatisation pro domo, aucune exploitation utilitaire ou vaniteuse, aucun chantage - à condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas simulation de la dissimulation, raffinement que l'on peut parfois rencontrer, surtout chez la femme.

La considération de ces données concernant la mise en scène d'accidents ou de morts subites naturelles dans certains suicides, mais aussi celles concernant certains suicides hautement pathologiques par les moyens extravagants mis en oeuvre pour leur réalisation, devra constamment éclairer les démarches diagnostiques du médecin légiste.

3) La simulation recherchée par la mise en scène d'un attentat

Il n'est pas question - il s'agirait d'une inexactitude dit LATTES - d'inclure dans les suicides masqués, les cas assez nombreux où des individus psychopathes se sont provoqués des lésions plus ou moins graves pour se rendre intéressants, dans un but de vengeance ou pour attribuer à autrui un crime (vol ou assassinat) dont ils sont en réalité coupables. "Ces formes particulières d'autolésionisme ne sont pas des suicides masqués, car leur but, en aucun instant, n'a été le suicide" (73).

Son également à exclure les cas où aucune précaution n'a été prise par le sujet pour dissimuler son intention, mais où l'entourage, par une mise en scène appropriée de mort spontanée ou d'accident cherche à dissimuler les traces du suicide. Eviter un blâme social ou les responsabilités d'une surveillance insuffisante seront souvent à l'origine de ce "camouflage de cadavre".

Les fausses imputations de viol sont suffisamment connues pour qu'il ne soit pas nécessaire de revenir sur ce sujet. C.SIMONIN a traité cette question dans son ouvrage (119).

Tous les cas de suicides camouflés cités dans la littérature par HABERDA ou TARDIEU sont en réalité des simulations ordinaires de tentatives d'homicide, car ils ne sont en fait pas suivis de mort.

J.FOURCADE, D.SCHNEIDER et F.LEVY ont publié l'observation d'une "curieuse tentative de suicide à la hache avec mise en scène d'agression chez une schizophrène" (40).

Les auteurs précisent que la malade a agi sous l'empire d'hallucinations psychiques verbales impératives lui commandant de se supprimer. Par ailleurs, son mysticisme morbide la portait à vouloir souffrir comme le

Christ dans le but de se purifier ; elle chercha donc à masquer le suicide pour rester en accord avec ses convictions religieuses.

Sur le plan médico-légal, le mode de suicide et l'instrument choisi étaient inattendus. Pourtant, le caractère très particulier des blessures et les antécédents psychotiques connus de la victime auraient suffi pour écarter toute hypothèse d'agression.

L'observation suivante (73) qu'on pourrait intituler un "suicide maquillé" ou encore un "suicidé criminel" révèle le processus agressif du suicidaire (°) - le plus souvent inapparent - qui utilise sa propre mort comme moyen d'action.

Un notaire fut trouvé mort sur une route déserte, tué par un coup de revolver entré au côté gauche du dos, au-dessous de l'omoplate, le trajet très oblique de bas en haut se terminait à l'insertion sternale de la 4^e côte droite. Le coup avait été tiré à bout portant à travers les habits. Les experts n'examinèrent pas les mains pour chercher des traces de fumées et exclurent d'une façon absolue l'hypothèse du suicide, de sorte que l'on intenta un procès à certains individus qui étaient accusés dans un mémorial laissé par le défunt.

L'instruction et le débat fort émotionnants révélèrent que le notaire était acculé à la faillite et sur le point d'être livré à la justice pour faux et escroquerie. Il avait décidé de se tuer en simulant un homicide, après avoir eu soin de désigner comme auteurs d'anciens ennemis irréconciliables à qui il attribuait sa ruine imminente.

(°) L'existence de tendances agressives dirigées vers l'extérieur dans les conduites suicidaires, est bien admise ; il est classique de citer la proposition de W. STECKEL : "Personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un" exprimée sous une forme très voisine par FREUD S. (Deuil et Mélancolie).

4) Les suicides atypiques

L'étrangeté que confèrent à l'acte suicidaire l'ampleur des plaies automutilatrices, leurs localisations inhabituelles ou le choix inattendu de l'instrument utilisé, peut susciter une certaine perplexité, et faire naître des hésitations diagnostiques chez le médecin chargé par la justice de donner un avis technique, lorsque la notion d'antécédents psychiatriques fait défaut.

Les exemples dans ce domaine sont légions. Nous nous contenterons de citer celui d'un schizophrène, trouvé éventré, avec extériorisation de la presque totalité de son colon. Le mélancolique aussi, au cours de ses paroxysmes anxieux, est un candidat privilégié pour ces suicides "étranges" ; l'un d'eux réalise son suicide en se serrant la tête dans un étau, provoquant ainsi une fracture du crâne avec enfoncement du temporal et du frontal (31).

Deux autres cas de suicides étranges sont rapportés par M.MULLER et P.MULLER (94), l'un par coup de sabre d'abatis, l'autre par strangulation au lien. Au premier abord, le suicide n'étant pas évident, l'hypothèse du meurtre fut envisagé. Toutes ces observations sont d'ailleurs à rapprocher de celles reproduites au paragraphe premier de ce chapitre.

Avec J.M.WETTA, nous pensons pouvoir conclure à un certain parallélisme entre l'importance de l'automutilation et la gravité de l'état mental du mutilateur.

Un suicide par plaies multiples d'arme blanche (87) posa également des problèmes diagnostiques ardues ; les mutilations consistaient en huit plaies de la région précordiale, dont l'une, pénétrante, avait lésé le poumon gauche, en trois plaies épigastriques, créant un orifice par lequel on pouvait passer la main, en six incisions cervicales à gauche et quatre à droite avec section de la carotide. En effet, la diversité des plaies,

principalement lorsque leur localisation répond au siège d'élection des plaies de défense, peut faire penser à une rixe homicide.

La multiplicité des blessures n'est donc pas une raison suffisante pour évoquer une suspicion de crime.

CHEVALIER (23) rapporte ainsi un suicide accompli dans des circonstances horribles : atteint de "lypémanie" (°) un malade âgé de 67 ans s'était littéralement tailladé les poignets, les mains, mais surtout la tête, avec un mauvais couteau et une serpe de jardinier.

Les suicides par ignition au cours de crises de purification mystique chez des délirants sont relatés par divers auteurs (59, 111).

D'autres fois, la difficulté pour le médecin légiste pourra provenir de la multiplicité des moyens mis en oeuvre pour réaliser le suicide.

Nous avons relevé dans la littérature, un suicide "combiné" résultant des effets de coups portés sur la tête, de blessures par instrument piquant, de strangulation et d'immersion. Un autre malade met en oeuvre tour à tour : strangulation, incinération et précipitation (A. f. K., 1909).

En conclusion, il apparaît donc qu'en médecine légale, le diagnostic différentiel se pose couramment entre le crime et le suicide. Et si certains aliénés déploient une grande ingéniosité dans la recherche des moyens de suicide, l'expert dispose d'un savoir technique et d'un art déductif non moins considérables, qui lui permettront de conclure dans

(°) "Lypémanie" (Esquirol) : dénomination ancienne de la mélancolie.

la plupart des cas. Toutefois, en cas de doute, lorsqu'il n'y aura pas concordance des quatre éléments d'information, cités par le Professeur SIMONIN, à savoir : renseignements fournis par l'enquête, constatations faites sur le cadavre, état des vêtements, données d'ordre psychiatrique, "il faudra se montrer prudent, et ne pas affirmer le suicide" (119).

5) L'auto-érotisme morbide

"Peut-être les anomalies du sens génital
seraient-elles plus répandues qu'on ne le
croirait ?"

Professeur CHAVIGNY.

En étudiant les phases de l'évolution érotique individuelle, on arrive à concevoir combien sa complexité expose l'individu à divers troubles de la sexualité. "La plupart consistent dans des fixations à l'une des composantes de l'impulsion allo-érotique terminale" ; comprendre le rôle pathogène respectif de chaque fixation à chacune de ses composantes revient à étudier le "mécanisme sexologique des perversions sexuelles" (HESNARD).

Nous nous attacherons seulement, dans ce chapitre, à l'exposé de certains faits d'observation et à l'évocation de problèmes médico-légaux posés par ces états morbides ; ils sont caractérisés par une "fixation en masse aux premières phases évolutives de la sexualité", c'est-à-dire par une persistance de l'activité auto-érotique.

Nous emprunterons à la littérature quelques exemples particulièrement significatifs :

1) - Pendaison et auto-strangulation

G.BEROUD (12) rapporte un cas de mort accidentelle par pendaison chez un masochiste qui "jouait à se pendre à demi".

Dans la littérature médico-légale, nous avons relevé de nombreux articles ayant trait au même sujet :

"De la pendaison accidentelle et ses relations avec les perversions sexuelles" (131).

"Suicide ou mort accidentelle par auto-strangulation" (78) (63).

"Contribution au problème de l'auto-strangulation" (78) (75).

"Pendaison incomplète" (22).

L'auteur cite le cas d'un jeune homme fort intelligent, qui passait pour mener une vie ascétique et qui fut trouvé pendu dans des conditions impliquant qu'il recherchait une pendaison dosable et inoffensive pour favoriser la masturbation ; à cet effet, une chemise appartenant à sa mère, et trouvée à proximité, devait constituer un appoint d'excitation érotique de nature fétichiste.

"La pendaison, cause de mort accidentelle, dans une forme exceptionnelle de perversion sexuelle. Relation de deux observations" (52).

"Cas de morts accidentelles au cours d'activités auto-érotiques" (111, 115).

"Masturbation extraordinaire avec issue mortelle" (21).

2) - Electricité

Rappelons le cas observé par CHAVIGNY de cet ingénieur marié et père de famille très honorable, trouvé mort électrocuté ; lors d'une séance de pratique solitaire, il avait trouvé la mort de la manière suivante : alors qu'il tenait dans une main une poignée de porte reliée au secteur électrique, il s'introduisait dans le rectum une clef reliée au même secteur électrique.

D'autres exemples de décès par manipulation électrique dans des conditions analogues de pratiques solitaires ont pu être relevés :

"Mort par électricité au cours de la masturbation, l'auto-érotisme et ses relations avec le fétichisme et l'homosexualité" (Arch. f. K., 1962, p. 166 + 42).

"Electrocution d'un fétichiste au cours d'activités auto-érotiques" (111).

3) - Sac de plastique

Tous ces procédés ont pour but de susciter l'orgasme sexuel en créant les conditions de l'asphyxie débutante ; si l'on s'en tient à la description des quatre phases classiques de l'asphyxie, il semble que ces malades poussent leur vice jusqu'aux limites de la perte de conscience, oscillant entre la première et la deuxième phase (phase d'excitation corticale et médullaire) et cela parfois jusque dans la mort, lorsque le contrôle de ce jeu pervers et subtil leur échappe.

Dans ce domaine aussi, les publications abondent dans la littérature spécialisée depuis quelques années. Nous nous contenterons de citer quelques références :

"Suicide ou accident chez un travesti - auto-strangulation au cours de la masturbation avec un sac en matière plastique" (111, 127).

"Mort par asphyxie dans un sac en matière plastique" (30).

"Cas mortels au cours d'activités auto-érotiques avec sacs en matière plastique" (Archiv f. Krim., 1962, p. 16).

Pour une meilleure compréhension des manifestations de cette activité auto-érotique, il conviendrait de révéler la productivité psychique particulière de ces malades par une étude des nombreux aspects de leurs phantasmes érotiques. Ces productivités imaginatives cultivées sur des

thèmes plus ou moins pervers sont trop plurivoques pour qu'il nous soit possible de les passer en revue dans le cadre de cette étude.

Nous aimerions toutefois insister sur la fréquence, au cours des pratiques auto-érotiques, de tendances à cultiver et à développer des images intérieures excitantes de nature masochiste et fétichiste.

A propos des phantasmes homosexuels, HESNARD remarque que "tel phantasme, à première vue de contenu homosexuel, se révèle à l'analyse beaucoup plus masochiste qu'homosexuel ; la volupté qu'il procure est incorporée à la honte et n'existe que par elle, l'objet excitant étant d'ailleurs, quoique emprunté au corps masculin, anonyme et inachevé, embryonnaire et aussi peu viable ou animé qu'un simple fétiche" (55).

On lira aussi avec intérêt l'observation détaillée de l'aumônier de prison Léopold J. (cité par SEELIG (118)), qui fut trouvé pendu en vêtement de femme à Graz en 1928. On trouvera au même endroit une bibliographie très riche concernant d'autres cas analogues.

Nous concluerons avec SEELIG, qui est également d'avis que le masochisme revêt une importance majeure" du fait qu'il conduit souvent, combiné à l'auto-érotique, à des accidents mortels - sans qu'il y ait culpabilité de la part d'autrui - lorsque des masochistes cherchent à nourrir leur imagination en s'enchaînant eux-mêmes, s'étranglant eux-mêmes, etc..., et que dans leur ivresse érotique, ils négligent la prudence nécessaire".

6) Mise à mort sur ordre ou suicide par délégation

Un exemple particulièrement surprenant est le suivant, relevé dans la "Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique (oct.-déc. 1959) :

Un cordonnier de la région de Francfort, Georg K., âgé de 64 ans, a été trouvé mort crucifié. La main droite de la victime était retenue à la paroi par un énorme clou. La gauche également percée, pendait le long du corps. Les pieds enfin étaient cloués à une planche dressée contre le sol, et une pique en métal était fichée dans la poitrine du cordonnier.

L'hypothèse du suicide n'était du moins a priori pas pensable, étant donné la nature des lésions ; par contre, l'éventualité de blessures homicides commises par un aliéné mystique ou un sadique pouvait être envisagée, encore que les lésions de défense faisaient défaut chez la victime.

Une rapide enquête menée par la police de Francfort, devait établir que K. s'était prêté volontairement à son exécution par "ses disciples". Ces renseignements furent confirmés par l'examen médico-légal : les blessures reproduisant celles du Christ, avaient été faites après le décès du cordonnier, mort par strangulation.

Atteint de délire mystique, K. avait confié à deux femmes de la secte qu'il avait fondée, une lettre dans laquelle il révélait que le Christ lui était apparu pour lui annoncer qu'il serait tué par deux hommes. "Ce sacrifice est nécessaire pour que le monde entende à nouveau la voix de la raison. Les hommes qui me mettront à mort, recevront 12 500 Mark pour leur peine".

C O N C L U S I O N S

Quelque imparfaite et incomplète que puisse être notre étude, elle nous conduit à certaines conclusions générales quant à la nature étiologique, aux formes médico-judiciaires et à la signification des manifestations médico-légales et l'agressivité mutilante chez les malades mentaux.

L'observation princeps du jeune meurtrier schizophrène qui a inspiré ce travail et que l'obligeance de M. le Professeur CHAUMONT nous a permis de reproduire in extenso, permet mieux que toute autre, par ses données analytiques précises tant médico-légales que psychiatriques, de saisir les cheminements du raisonnement médico-légal et ainsi d'arriver à une juste appréciation du fait judiciaire. Elle constitue un saisissant exemple d'homicide assorti de mutilations hétéro-agressives post-mortem.

Dans les chapitres suivants, nous avons emprunté à la littérature des exemples de lésions automutilatrices et de mutilations hétérogènes, et cela, non sans rencontrer certaines difficultés.

En effet, nombre de publications font état de protocoles souvent fort détaillés, témoignant de la part de leurs auteurs d'une formation et d'une orientation très spécialisées ; les rapports médico-légaux décrivent et étudient minutieusement l'état des lieux et la nature des blessures et soulignent parfois des détails curieux, aberrants, voire paradoxaux, mais ne comportent alors qu'une mention furtive à la personnalité de l'auteur de ces faits - lorsqu'il en est fait mention. -

D'un autre côté, dans les expertises psychiatriques, les appréciations médico-légales demeurent très orientées et ne sont données que sous l'angle des articulés du passé pathologique et de la structure mentale du malade, dans la perspective d'évaluer la responsabilité et l'imputabilité de ses actes.

Ainsi, les difficultés rencontrées du fait des objectifs différents de ces deux disciplines médicales, ne nous ont pas permis d'exploiter, comme il convenait et avec l'intérêt qu'elles suscitaient, nombre de publications demeurées inachevées eu égard à l'esprit de notre travail.

Dans une deuxième partie de notre travail, nous avons plus spécialement étudié les multiples aspects de l'automutilation individuelle et quelques-unes de ses significations à travers les différentes structures de la pathologie mentale.

Il nous a été loisible de passer en revue des modalités très diverses de l'expression médico-légale de cette automutilation.

Si l'aspect utilitaire apparaît au premier plan chez des individus dits normaux, ou qualifiés de simulateurs et de revendicateurs, l'on se souviendra avec intérêt de la fréquence des troubles mineurs de la personnalité, soulignés récemment par BERGLER (11).

Nous avons évoqué l'aggravation volontaire des blessures chez l'accidenté du travail et la provocation de lésions bénignes et passagères justifiant l'interruption du travail et l'attribution de l'indemnité journalière de maladie. D'autres fois, l'automutilation crée une véritable infirmité justifiant et ouvrant droit à l'octroi d'une rente d'incapacité permanente. Ces états sont souvent le témoin d'une névrose infantile mal compensée ou réveillée à l'occasion d'une situation conflictuelle ou d'un traumatisme. Il s'agit toujours de personnalités à développement defectueux, affublées depuis leur enfance de sentiments ou de complexes de tout ordre.

Une meilleure illustration d'abandonnisme et de frustration affective, mais sur un plan nettement pathologique est donnée par l'observation de Marthe, qui par le truchement de ses mutilations semble revendiquer l'intérêt et l'amour d'autrui ; si l'on est en droit de reconnaître des aptitudes hystériques dans le comportement de la malade, il n'en demeure pas moins vrai que l'ensemble de ses symptômes témoigne d'une structure régressive plus profonde. "En se mutilant, Marthe semble éprouver une jouissance morbide dans sa propre destruction" (J.M.WETTA).

A ce propos, nous avons évoqué la signification de l'automutilation comme stade dégradé du suicide ainsi que les équivalents suicidaires s'exprimant dans la vie quotidienne sous formes "d'attitudes indécises, d'intentions obscures, de symboles énigmatiques", d'échecs sociaux, parfois de maladies psychiques et physiques relevant d'un besoin inconscient d'auto-punition (LAFORGUE, HESNARD, FINKELSTEIN).

Par esprit de suite logique, nous avons ensuite souligné la fréquence, l'ingéniosité et l'ampleur des lésions d'auto-destruction chez les mélancoliques ainsi que le comportement étrange et paradoxal des schizophrènes et de certains délirants chroniques mystiques.

Dans la troisième partie de ce travail, considérant les différentes localisations corporelles des mutilations, nous avons constaté qu'elles pouvaient porter sur tous les organes, mais avec une prédilection particulière sur les organes génitaux. Les implications symboliques de ces mutilations volontaires sont souvent très riches, surtout pour certaines d'entre elles (castration, crevaisson des yeux, mutilation de la main). Il faut toutefois considérer que "leurs motivations et leur signification sont souvent complexes et que, comme pour les tentatives de suicides, tous les degrés peuvent se voir entre le geste délibéré et utilitaire et le geste suicidaire déguisé" (DESHAIES).

Par ailleurs, si l'amputation d'un segment de membre relève souvent d'une réaction punitive consistant à se débarrasser d'un organe par trop chargé de tension culpabilisante, elle peut aussi répondre à un but utilitaire dans les mutilations volontaires chez des sujets non considérés comme malades mentaux.

Enfin, il nous faut souligner la relation étroite qui existe entre les mutilations hétérogènes et les perversions instinctivo-affectives comportant des phantasmes sadique-agressifs. La castration s'y exprime parfois sans ambages ni travestissement sous forme d'émasculatation. Dans le grand sadisme notamment, l'excitation sexuelle réclame pour se manifester des actes de cruauté s'accompagnant de blessures sanglantes portant essentiellement sur les seins, les organes génitaux et les fesses ; ces mutilations traduiraient certaines tendances fétichistes associées. Toutefois, les crimes monstrueux de ces pervers ne semblent pas présenter de grandes difficultés dans les expertises médico-légales lorsque leur tableau se complète par l'éviscération, la décapitation, ou le dépeçage, d'autant plus qu' "ils se répètent volontiers avec une certaine stéréotypie d'ensemble comme de détail" (Ch.BARDENAT).

Dans un quatrième chapitre, nous avons voulu relever quelques difficultés du diagnostic médico-légal suscitées par le concours d'incidences psychopathologiques particulières.

En effet, si à l'état normal, les contingences criminelles et les facteurs criminogènes sont suffisamment nombreux pour susciter dans des conditions particulières des problèmes diagnostiques parfois ardu, l'aliénation mentale ajoute à cette causalité essentiellement complexe de l'action criminelle (largo sensu) ses aberrations. La transposition dans les faits de représentations conscientes et inconscientes des malades mentaux, façonne des tableaux à formes médico-judiciaires inhabituelles par les expressions travesties et plus ou moins symboliques de leurs phantasmes.

Le caractère paradoxal de certaines lésions, le choix inattendu des moyens mis en oeuvre pour réaliser une intention morbide, la simulation chez les psychopathes, ainsi que des formes particulières de suicide, autant d'éléments propres à distraire sinon à retarder le cheminement logique du raisonnement médico-légal de l'expert.

Toutefois, si diverses et multiples que soient les formes psychologiques de l'agressivité, on peut concevoir en théorie du moins, qu'elles se relient les unes aux autres par la voie d'une intellectualisation progressive, depuis l'acte le plus inconscient jusqu'à la conduite la plus rationnelle.

Mais le processus agressif reste sous l'étroite dépendance de la structure anxieuse qui se rencontre à la base de l'organisation de certaines psychoses et névroses. Les raptus anxieux, quelque soit la psychose qui se couronne d'anxiété, est capable de provoquer des gestes impulsifs graves d'attaque ou de défense : on relèvera ainsi les raptus agressifs des délirants et des paranoïaques, souvent précédés de rumination, mais brusques dans leur explosion, les automutilations ou crimes des mystiques et les suicides des grands anxieux mélancoliques.

Quant au déterminisme psychologique de ces états, disons qu'ils relèvent "d'une causalité essentiellement complexe, comme tout comportement humain" (C.SIMONIN). La polyvalence instinctivo-affective désigne la mise en train simultanée de plusieurs tendances qui ne se détermineront en une conduite bien définie que dans des cas bien particuliers. Nombreuses seraient les observations qui révéleraient la coexistence ou la séquence alternée de plusieurs de ces tendances (agressives, punitives, défensives, oblatives ou ludiques).

Cette ambivalence de certaines conduites psychopathologiques est soulignée par FREUD lorsqu'il prétend que "les impulsions au suicide,

éprouvées par nos névrosés, se révèlent régulièrement comme étant la recherche d'un châtement pour leurs désirs homicides contre autrui". Dans cette perspective, il serait intéressant d'étudier les rapports psychologiques du suicide et de l'homicide et de "saisir, selon les cas, l'indépendance, l'opposition, la transition ou la combinaison de ces deux actes, par l'analyse des tendances qui les engendre dans les diverses situations données" (HESNARD).

Le mode de départage qui vient d'être exposé, mode de départage simple et précis qui renvoie à des normes variées mais largement connues, nous a semblé le gage d'une clarification dans l'exposé des éléments si divers des manifestations médico-judiciaires de l'aliénation mentale.

Nous nous sommes constamment efforcé de répondre à la préoccupation de faire oeuvre utile dans le domaine très pratique de l'expertise médico-légale. Bien qu'il nous soit apparu que c'était presque traiter un lieu commun que d'exposer la ténacité, l'ingéniosité et la diversité des phantasmes et des idées délirantes d'automutilation, de suicide et d'agression chez les malades mentaux, nous en avons donné de nombreuses illustrations. Car dans ce domaine, c'est une vaste expérience et la connaissance d'un grand nombre d'affaires et de cas particuliers qui conduiront le médecin sur le chemin de la vérité.

Pour le reste, c'est à l'effort analytique consacré à l'étude des caractères médico-légaux des blessures et à la recherche des indices étiologiques, à l'art déductif et au savoir technique du médecin légiste qu'incombera de percer les mystères et les paradoxes de la pensée aliénée.

Enfin, malgré l'étrangeté et le caractère irrationnel de certaines de nos manifestations, ne serait-on pas en droit de se demander dans quelle

mesure les mécanismes déterminant les conduites agressives, du moins ceux procédant d'une dialectique psychique spécifique, ne pourraient constituer un point de départ à la compréhension de la criminalité de tous les jours.

VU

STRASBOURG, le 27 avril 1968

LE PRESIDENT DE THESE

Signé : A.J.CHAUMONT

VU ET APPROUVE

STRASBOURG, le 27 avril 1968

LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Signé : J.CLAVERT.

B I B L I O G R A P H I E

- 1) ALBERT-WEIL J. : Simulations médicales, G.Doin & Cie, Paris, 1962.
- 2) ALEXANDRE F. : Le double crime d'un garçon de 19 ans. Die Psychoanalytische Bewegung, 1930, 2, 80-93.
- 3) ALLENDY R. : Les représentations et l'instinct de mort. Evolution psychiatrique, 1929.
- 4) ARNOTT G. : L'automutilation oculaire, à propos de quatre observations personnelles. Lille Médical, n° 8, 1964, t.IX.
- 5) AUSSAGUEL S. : De l'automutilation. Etude basée sur l'observation de 22 enfants arriérés automutilateurs. Thèse Paris, 1954.
- 6) BACHET M. : Les encéphaloses criminogènes. Edit. Fouchet, Paris 1951.
- 7) BARBET A. : Obsession-impulsion au suicide et à l'homicide. Encéphale, 1921.
- 8) BAYER : Cleveland murders, p. 219-249, New York, 1947.
- 9) BELLION F.H. : Les automutilations oculaires. Thèse Méd. Bordeaux, 1951.
- 10) BENON R. et PENHELEUX R. : Plaie en séton bitemporale. A.M.L., 1922, p. 233.
- 11) BERGLER : La névrose de Base.
- 12) BEROUD G. : Un cas de mort accidentelle. Rev. Intern. de Criminologie et de Police Technique, 1948.
- 13) BIEDER J. : Simulation des maladies mentales d'après quelques expertises de De Clérambault. Ann. Méd. Lég., 1960.
- 14) BLEULER : Die Kriminalität der Schizophrenen. Arch. für Kriminologie, 1957.
- 15) BLONDEL C. : Les automutilateurs : étude psychopathologique et médico-légale. Thèse Paris, 1906.

- 16) BOHNENKAMP H. : Uber einen ungewöhnlichen Fall von Versicherungsbetrug durch fortgesetzte Selbstverstümmelung. Mschr. Unfallh., Mai 1953, p. 129-142.
- 17) BOUDON et CARAVEN : Un cas de mythomanie : double trépanation pour accidents méningés simulés. Rev. Neurolog., I, 1909, n° 7, p. 437-439.
- 18) BURGER-PRINZ H. : Schizophrenie et meurtre. Mschner. Krimin. Biol., 1941.
- 19) CLAUDE, BOREL et ROBIN : Automutilation révélatrice d'un état schizoïde. Encéphale. Soc. Méd. Psych., 1924, 3, p. 255.
- 20) COLIN M. : Etudes de criminologie clinique. p. 162. Examen de personnalité et criminologie. Lyon, 1960, Masson Edit.
- 21) COMTE L. : Masturbation extraordinaire avec issue mortelle. A.M.L., n° 1, 1953, p. 72.
- 22) CHAVIGNY M. : Etude médico-légale sur les mutilations volontaires par coups de feu. Importance de leur étude expérimentale. Sexualité et Médecine Légale, Paris 1939.
- 23) CHEVALIER : Lésions automutilatrices suicidaires chez un malade atteint de lypémanie. A.M.L., 1889.
- 24) DAVIDSON S.I. : Auto-énucléation of the eye : a study of self-mutilation. Acta Psychotherapeutica-psychosomatica, Leiden, vol. X, 4, 1962.
- 25) DEHAIES G. : Psychologie du suicide. PUF, 1947.
- 26) DERVIEUX F. : Blessures ayant un caractère paradoxal dans un cas de tentative d'assassinat suivi de suicide. A.M.L., 1930, p. 519.
- 27) DESBORDES J. et LAURENT J. : Suicide chez un persécuté halluciné. A.M.L., 1940-1942, p. 213 (Reproduction).
- 28) DIEULAFOY : Communication faite à l'Académie de Médecine, le 9 juin 1908. Presse Méd., 16, 1908, n° 47, p. 369.
- 29) DIVRY P., BOBON J. et COLLARD J. : Automutilation et ingestion d'un testicule. Le sens existentiel d'un comportement énigmatique. Acta Neurol. Psychiatr. Belg., Févr. 1959, n° 2, p. 174.
- 30) DUMONT G. et PROTEAU J. : Mort par asphyxie dans un sac en matière plastique au cours d'une masturbation. A.M.L., 1962, 42, 477-479.

- 31) DUPOUY et PICHARD : Suicide d'un mélancolique se serrant la tête dans un étau. A.M.L., 1933.
- 32) DUPRE E. : Les médecins victimes d'hypochondriaques persécutés-persécuteurs meurtriers. Communication faite à l'Académie de Médecine. Bull. de l'Académie, n° 28, 1918.
- 33) EBTINGER R., FETIQUE J.J., LEVY A. : Bouffée délirante avec automutilation de la verge à l'occasion d'une paternité. Considérations psychopathologiques. Réunion de Psychiatrie de l'Est, 26 avril 1958, Ann. Méd. Psychol., juillet 1958, n° 2.
- 34) EIDELBERG L. : Les violences de l'inconscient. La pensée moderne. Paris 1962.
- 35) EY H. : Etudes psychiatriques. 3 tomes, Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1954.
Les Psychopathes dangereux. Rev. du Pratic. déc. 1962.
- 36) EY H., COLOMB D. : Suicide par ingestion d'objets divers. Soc. Méd. Psychol., juillet 1938, p. 245.
- 37) FAURE H. : Les investissements d'objets dans le vécu psychotique : les appartenances du délirant, hallucinations et réalité perceptive. Thèse pour le Doctorat ès Lettres. R.Foulon & Cie, Imprimeur, Paris.
- 38) FAVEZ-BOUTTONNIER J. : Psychanalyse et criminologie. La Psychanalyse, n° 3, PUF, 1957, p. 1-15.
- 39) FIORENTINI H. : Crime d'aliéné en état de délire hallucinatoire. AML, 1955, p. 41.
- 40) FOURCADE J., SCHNEIDER D. et LEVY F. : Curieuse tentative de suicide à la hache avec mise en scène d'agression chez une schizophrène. A.M.L., 1949, p. 133.
- 41) FRANKE K. et HESSE G. : Tentative de suicide par plaie crânio-encéphalique au moyen d'un style de cordonnier. Arch. für Krim., 1960-61, p. 169 (2 reproductions).
- 42) FREUD S. : Totem et Tabou, Petit Bibliothèque Payot, n° 77, p. 150.
- 43) FRIBOURG-BLANC : Un cas méconnu de syringomyélie, suspicion de mutilation volontaire. A.M.L., 1924, p. 426.

- 44) GREEFF E. (DE) : Introduction à la criminologie.
- 45) GALAIS L. : Des mutilations chez les aliénés ; pour servir à l'histoire des altérations de la sensibilité chez ces malades. Thèse 1867.
- 46) GIESSEN A. : Aktenmässige Darstellung merkwürdiger Verbrechen. 2 vol., 1828 - 1829.
- 47) GROSS-SEELIG : Handbuch der Kriminalistik, p. 265.
- 48) GUIRAUD P. : Les meurtres immotivés. Evol. Psychiatr., 1931, p. II.
- 49) GUTTMACHER M. : La psychologie du meurtrier. PUF, Bibliothèque de Psychiatrie, 1965.
- 50) GUEX G. : Agressivité réactionnelle dans l'angoisse d'abandon. R.F.P., 12, 1948, p. 251-261.
- 51) HACKFIEKD W.A. : Crimes of inintelligible motivation as representing an initial symptom of an insidiously developing schizophrenia, The American Journal of Psychiatry, 1934, p. 639.
- 52) HECKE(VAN)W. et TIMPERMAN J. : La pendaison, cause de mort accidentelle, dans une forme exceptionnelle de perversion sexuelle. Relation de deux observations. A.M.L., 1963, p. 218.
- 53) HEINDL : Blessures mortelles des organes génitaux féminins au cours de meurtres, suicides, accidents, viols et rapports sexuels librement consentis. Arch. für Krim., 1944-43, p. 38.
- 54) HENTIG von H. : La décollation. Archiv für Krim., 1960-61, p. 154.
- 55) HESNARD A. : Psychologie du crime. Paris, Payot, 1963. La sexologie, Petite Bibliothèque Payot, n° 31.
- 56) HESNARD A. et LAFORGUE R. : Les processus d'autopunition dans la psychologie des névroses et des psychoses en psychologie criminelle et en pathologie générale. Encéphale, 7, 1903, p. 542-548.
- 57) HOLLANDER (d') et GREEFF E. (de) : Les crimes, actes d'affranchissement du moi, prodromes d'états schizophréniques. Journal Neurol. Psychiatr 1929, n° 29.
- 58) HOWDEN J.C. : Notes of a case o mania. J. of mental sc., avril 1881, cité par Blondel.

- 59) HYVERT L. : Suicide par ignition. A.M.L., 1929, p. 279.
- 60) JUNGWIRTH J. : A propos d'une blessure du pouce. Acta Méd. Lég. et Soc. mars 1964.
- 61) KAHLBAUM : L'héboïdophrénie. Allgem. Zschr. Psychiatr., 1889.
- 62) KLAUDER J.V. : Psychogenic aspects of skin diseases. 1936.
- 63) KOOPMANN : Incidents mortels non prémédités lors de perversions sexuelles actives. Arch. Krim., III, 1/2 Heft., 1942, 43.
- 64) KOURILSKY R., SOULAIRAC A. et GRAPIN P. : Adaptation et agressivité. Relations et sciences de l'homme. PUF, 1965.
- 65) KRAFFT EBING R. (von) : Lehrbuch der Gerichtlichen Psycho-Pathologie, p. 137. Stuttgart, 1892.
Traité de Psychiatrie, p. 363.
Psychopathia sexualis. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart 1924.
- 66) KRATTER : Gerichtsärztliche Praxis., p. 38.
- 67) KUHN R. : T.F. 1957, 1943-44 ; cité par FAURE H., in "Les appartenances du délirant", p. 101.
- 68) LACAN J. : De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Le François, Paris, 1932.
Introduction aux fonctions de la psychanalyse en criminologie.
Actes du Congrès de criminologie de Paris (in CENAC ET LACAN) PUF, 1950.
- 69) LAGROT F. et GRECO J. : Les mutilations punitives de la face, dans l'histoire et au cours du terrorisme en Algérie. Afrique Franç., Chirurg., 1957, t. XV, n° 1.
- 70) LAIGNEL-LAVASTINE, MAURICE H. et Mlle GRAVEJAL : Accidents hystériques multiples, expression d'une tendance automutilatrice incoercible. A.M. Psychol., juin 1942.
- 71) LAFORGUE R. et CODET H. : Echecs sociaux et besoin inconscient d'auto-punition. Rev. Franç. Psychan., 1929, p. 448.
- 72) LANGERS L. : Zit. nach HOFFMANN-HABERDA, Wiener Med. Wochenschr.
- 73) LATTES L. : Le suicide masqué. A.M.L., 1935, p. 875.

- 74) LECULIER P. et DAUMEZON G. : L'expertise psychiatrique. L'encyclopédie Méd. Chir. Psychiatrie, t.III.
- 75) LEHNIG K. : Un cas singulier d'autobaïllonnement et d'auto-enchaînement. Arch. f. Krim., 96, 1935, p. 6.
- 76) LEMIERRE A. et AMEUILLE P. : Un cas de granuli provoqué. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1938.
- 77) LESSING Th. : Haarmann, die Geschichte eines Werwolves, p. 138, Berlin 1925.
- 78) LEUW K. : Suicide ou mort accidentelle par auto-strangulation. Deutsch. Zeitschr. für G.M., 1923, 2 Band, p. 543.
Contribution au problème de l'auto-strangulation. Arch. für Krim., 1908, 3734 Supplément.
- 79) LEVY-VALENSI : Mentalité primitive et psychopathologie. Ann. Méd. Psychol., 1934.
- 80) LOESSL J. et JAKI J. : A propos d'une extraordinaire automutilation chez un suicidaire schizophrène. Deutsch. Zeitschr. f. Ger. Med. 1926, 8. Band, p. 419.
- 81) LOMBROSO : L'homme criminel.
- 82) LORTHIOIS M. : De l'automutilation. Mutilations et suicides étranges. Thèse Lille, 1909.
- 83) MARCHAND M. : Corps étrangers gastriques. A.M.L., 1939, p. 151.
- 84) MARTIN E. : Diagnostic d'une éventration chez une déprimée éthylique. A.M.L., 1925, p. 139, 1937, p. 975.
- 85) MEHL J., KAMMERER Th., SINGER L., WETTA J.M. : Provocation et aggravation volontaire d'états pathologiques divers chez une jeune psychopathe. Aspects médico-légaux. A.M.L., 35, 1955, n° 2.
- 86) MICHON R. et MICHON P.R. : Un cas de paralysie cubitale vraisemblablement provoqué. A.M.L., 1955.
- 87) MAY J. : Suicide par plaies multiples d'arme blanche. A.M.L., 1923, p. 517.
- 88) MEIXNER F. : Kriminalität und Sexualität. Ed. Kriminalistik, Heidelberg.

- 89) MICHAUX, FOURNIER et THIODET : Particularités de la criminalité musulmane algérienne. A.M.L., 1957, p. 303.
- 90) MILLIAN J.M. : Mutilations sadiques de la face et leurs séquelles : la défiguration. A.M.L., 1937, p. 93. Thèse Doct. Méd., Buenos Aires, 1936.
- 91) MINKOWSKI E. : Les délires et les troubles de la conduite. Encycl. Franç. t. VIII, 1938.
- 92) MOSKOW I. : Suicide par plusieurs coups de hache portés sur l'occiput. Beiträge zur Gericht. Med., 1931, p. 117.
- 93) MOSSA C. et CODA G. : Psychopathologie de l'automutilation. Rass. Studi. Psych., 44, 1955, p. 311.
- 94) MULLER et MULLER : Suicide par coup de sabre d'abatis. A.M.L., 1958, p. 429.
- 95) MUNCK W. : Suicide par blessure dorsale au moyen d'un instrument piquant. Deutsch. Zeitschr. für G.M., 1926, 8. Band, p. 436.
- 96) MURAT R.E.L. : De quelques automutilations dans les prisons. Thèse 1956. 88 p. Paris n° 429.
- 97) NACHT S. : Le Masochisme. Petite bibliothèque Payot. n° 71. Les manifestations cliniques de l'agressivité et leur rôle dans le traitement psychanalytique. R.F.P., 12, 1948, p. 311-365.
- 98) NEUREITER F. (Von), PIETRUSKY F. et SCHUTT E. : Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und der naturwissenschaftlichen Kriminalistik. Berlin. Verlag von Julius Springer, 1940.
- 99) NEYRAUT M. : La mythomanie. Enc. Méd. Chir., tome I.
- 100) OHM : Thèse Méd. Berlin 1854, cité par BLONDEL.
- 101) OLLIVIER H., BOBIS G. : Egorgement avec ébauche d'émasculation. Schizophrène halluciné parricide. A.M.L., 1956, p. 58.
- 102) OLLIVIER H., ROBERT F., CASTELA R. : Curieux enfoncement crânien par instrument tranchant et contondant imputé à un suicide par gestes répétés d'automutilation.
- 103) PERRUSSEL G. : L'homicide altruiste des mélancoliques et des persécutés. Thèse Méd., Paris, 1923.

- 104) PICARD : Phlegmon ischio-rectal provoqué à l'aide de tiges métalliques.
Soc. Méd. Psychol., 1938, p. 248.
- 105) PIEDELIEVRE R. et FOURNIER E. : Suicide d'un aliéné schizophrène.
in Méd. Lég., t. II, p. 752, (Reproduction).
- 106) PIEDELIEVRE R., DESOILLE H. et HAUSSER G. : Suicide par éviscération.
A.M.L., 1937, p. 975.
- 107) PIEDELIEVRE R. : Automutilation volontaire des parties génitales.
Méd. Lég. T.II, p. 741 (Reproduction).
- 108) PINATEL J. : Les rapports de la personnalité et du crime. Rev. de
Science criminelle, 1955, p. 437-453.
- 109) POROT A. : Psychiatrie Médico-légale. Lib. Maloine, Paris, 1959.
Manuel alphabétique de Psychiatrie. PUF, 1960.
- 110) POROT A., BARDENAT Ch. : Anormaux et malades mentaux devant la
justice pénale. Libr. Maloine, 1960.
- 111) PROKOP O. : Cas de morts accidentelles au cours d'activités auto-
érotiques. Atlas, p. 269 et 648.
Cas de morts accidentelles par électrocution. Atlas p. 268.
Suicide ou accident chez un travesti. Arch. f. Krim., 1962, p. 16.
Suicide par ignition. Atlas, p. 810.
Erwürgung und Aufschneiden des Bauches mit Verstümmelung der
Genitalien. Täter : HOFFMANN. Atlas, p. 681.
- 112) RADIAN I.S. : Un cas exceptionnel de mutilation chez un psychopathe.
A.M.L., 1956, p. 289.
- 113) REITER, FERENCZI, RANK, EDER : Sur la substitution de l'arrachement
des yeux à la castration. Zeitschr. für Ärztliche Psychan., 1913.
- 114) SCARINCI A. : Betrachtungen über einige psychopathologischen Züge der
beginnender Schizophrenie. Acta Paedo-Psych., Basel, 1962.
- 115) SCHACKWITZ A. : Autoligotage avec suite mortelle. Gericht. Med., 1931, 17
- 116) SCHIFF P. : Paranoïa de destruction. Ann. Méd. Psych., 1946, I, 279.
- 117) SCHIPKOWENSKY N. : Schizophrenie und Mord. Springer Ed. Berlin, 1938.

- 118) SEELIG E. : Traité de criminologie. PUF, 1956.
- 119) SIMONIN C. : Médecine légale judiciaire. Lib. Maloine, Paris, p. 735, 384, 41, 52.
- 120) SIVADON P. et QUERON P. : Automutilation punitive de la langue par morsure. Ann. Méd. Psychol., II, 1938, n° 4, p. 594-600.
- 121) STECKEL W. : Sadismus und Masochismus.
- 122) SZIGETI : Un cas de suicide par auto-extirpation du larynx.
1/4 Jahrschr. für Gericht., 3 F, XII, S 345.
- 123) TARNOWSKY P. : Les femmes homicides affectées de troubles nerveux et psychiques. 1908.
- 124) TRIQUENEUX : Autoéviscération considérée à tort comme un crime.
Ann. Méd. Lég., 1936, p. 336.
- 125) WACKENHEIM A., BECKER Y., Mlle NERVERS : Automutilation oculaire.
Etude de la motivation psychologique du choix des yeux, dans un cas de mélancolie. Cahier de psychiatrie, 1956, n° II, p. 108-117.
- 126) WAGNER M.L. : Homosexuel castrant ses victimes. Arch. f. Krim., 1957, p. 40 (2 reproductions).
- 127) WEINMANN : Auto-strangulation au cours d'activités masturbatoires dans un sac de plastique. Arch. f. Krim., 1962, p. 16, et 1963, p. 158.
- 128) WETTA J.M. : Automutilations et états pathologiques provoqués.
Thèse Méd., 1963.
- 129) WILLMANNS K. : Les assassinats dans la phase prodromique de la schizophrénie. Zeitschr. f. Ger. Neur. Psych., 1940.
- 130) WITAS et BISCOS : Section de la langue au cours d'un baiser buccal.
A.M.L., 1926, p. 33.
- 131) ZIEMKE E. : De la pendaison accidentelle et ses relations avec les perversions sexuelles. Deutsch. Zeitschr. für G.M., 1925, 5.Band, p. 112.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I :	
Un meurtre exceptionnel. Décapitation et dépeçage d'un Nord-Africain par un garçon boucher schizophrène - observation	6
CHAPITRE II :	
L'automutilation - ses multiples manifestations médico-légales - ses significations	18
CHAPITRE III :	
Les diverses localisations corporelles de l'agressivité mutilante	28
1) Les mutilations dans le domaine ORL	28
2) Les mutilations portant sur les organes génitaux	31
a) Les automutilations	31
b) Les mutilations hétérogènes	35
3) Les mutilations des membres	39
4) Les mutilations des yeux	41
5) Les mutilations des seins	45
CHAPITRE IV :	
Les difficultés du diagnostic médico-légal	47
1) Par le caractère paradoxal des lésions	48
2) Dissimulation criminelle recherchée par la mise en scène d'un suicide ou d'un accident - Suicide et Dissimulation..	53
3) La simulation chez certains psychopathes. Simulation d'un attentat ou d'un viol. Les fausses imputations. Le suicide masqué.....	60
4) Les suicides étranges. Les suicides combinés. Mode de suicide et choix de l'instrument inattendus	62
5) Les difficultés inhérentes aux mises en scène au cours des manifestations variées de l'auto-érotisme	64
1) Pendaison et autostrangulation	65
2) Electricité	65
3) Sac de plastique	66
6) Mise à mort sur ordre ou suicide par délégation	68
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	I à IX

